

Anhang 4 Checkliste für das Nachweisverfahren nach § 12 Absatz 2 zur Erfüllung von Anforderungen nach Maßgabe des § 9 (Nachsorge)

Selbstauskunft des Leistungserbringers:

Der Leistungserbringer _____ in _____

erfüllt die

- Mindestanforderungen an die Nachsorge innerhalb der ersten zwei Jahre** (Anhang 2 und 3)
- Mindestanforderungen an die Nachsorge ab dem dritten bis einschließlich zum 15. Jahr** (Anhang 4 Teil 2)

von Patientinnen und Patienten nach der Anwendung von Eladocagene exuparvovec.

Institutionskennzeichen und Standortnummer _____

oder

BSNR _____

Die Kassenärztliche Vereinigung bzw. der Medizinische Dienst ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben zu überprüfen.

Teil 1 – Nachweisverfahren zu Mindestanforderungen an die Nachsorge innerhalb der ersten zwei Jahre nach Maßgabe des § 9

| | | |
|----|--|---|
| .1 | Die Nachsorge findet unter Berücksichtigung der SOP nach § 7 Absatz 4 statt. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| .2 | Es wird sichergestellt, dass die Nachsorge durch Einbestellung des Patienten oder der Patientin alle 6 Monate innerhalb der ersten zwei Jahre nach Entlassung aus der Behandlungseinrichtung, in der die Anwendung von Eladocagene exuparvovec erfolgt ist, erfolgt. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| .3 | Die Anforderungen nach §§ 2 bis 8 werden eingehalten und die Nachweise nach Anhang 2 und 3 werden entsprechend eingereicht. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Teil 2 – Nachweisverfahren zu Mindestanforderungen an die Nachsorge ab dem dritten bis einschließlich zum 15. Jahr nach Maßgabe des § 9

| | | |
|----|---|---|
| .1 | Die Nachsorge findet unter Berücksichtigung der SOP nach § 7 Absatz 4 statt. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| .2 | Es wird sichergestellt, dass die Nachsorge durch jährliche Einbestellung des Patienten oder der Patientin ab dem dritten bis einschließlich zum fünfzehnten Jahr nach Entlassung aus der Behandlungseinrichtung, in der die Anwendung von Eladocagene exuparvovec erfolgt ist, erfolgt. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

| | | | | | | |
|----|--|-------|------|---------|---|---|
| .3 | Funktion | Titel | Name | Vorname | | |
| | behandelnde Ärztin/ behandelnder Arzt | | | | Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

| | | |
|----|---|---|
| .4 | Die Behandlungseinrichtung, die die Nachsorge übernimmt, erfüllt die Anforderungen nach § 2 Nummer 1. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Anzahl der Behandlungsfälle: | _____ |

| | | |
|----|---|---|
| .5 | Die Teilnahme an einem geeigneten Register ist gegeben. | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
|----|---|---|

4.6 Begründung, falls die Mindestanforderungen zur Nachsorge teilweise oder vollständig nicht erfüllt werden

| Art der Anforderung | Begründung der Nichterfüllung | Geplanter Zeitpunkt der Erfüllung |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Teil 3 – Unterschriften

Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

| | | |
|-------|-------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | Datum | Unterschrift |

Hochschulambulanz bzw. vor- oder nachstationäre Versorgung nach § 115a SGB V

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion