

**Erklärung  
zur Durchführung und Abrechnung von  
Phlebographien  
gemäß § 115b SGBV ambulantes Operieren**

Arztname:.....

Standort:.....

1. Hiermit erkläre ich, dass die allgemeinen Anforderungen sowie die Anforderungen an

1. die räumliche Ausstattung
2. die apparativ-technischen Voraussetzungen
3. das Instrumentarium und die Geräte sowie
4. die Arzneimittel

der o.g. Vereinbarung von mir erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

(Den genauen Wortlaut der Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung haben wir auf der Rückseite abgebildet.)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kommission Ambulantes Operieren bei Bedarf eine Praxisbegehung und ein Gespräch am Ort der Leistungserbringung durch eine eingesetzte Arztgruppe vornehmen lässt.

2. Ich werde die Leistung nach der Nr. 34294 EBM zukünftig nicht erbringen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

### 3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen

#### a. Räumliche Ausstattung

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

#### b. Apparativ-technische Voraussetzungen

##### *I. Untersuchungs-/Behandlungsraum*

- Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag

##### *II. Wascheinrichtung*

- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

##### *III. Instrumentarium und Geräte*

- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

##### *IV. Arzneimittel*

- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung