

Antrag auf Genehmigung:

LDR-Brachytherapie (Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

- Facharztanerkennung „Facharzt für Strahlentherapie“ -bitte beifügen-
- Facharztanerkennung „Facharzt für Urologie“ -bitte beifügen-
- Fachkunde im Strahlenschutz A 1 2.2.3: Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation – Organgebiet Prostata -bitte beifügen-

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums für Jod-125 oder Palladium-103 ~~-bitte beifügen-~~
- Mir ist bekannt, dass die interstitielle LDR-Brachytherapie gemäß Anlage I Nr. 35 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig ist.
- Ich verpflichte mich,
 - die Mindestanforderungen nach § 5 Abs. 2 (Durchführung eines Patientenaufklärungsgespräches) und Abs. 3 (Aushändigung der Patienteninformation) sowie gemäß § 6 Abs. 2 (Information über die Notwendigkeit einer Postimplantationskontrolle) der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil bei jedem Behandlungsfall zu erfüllen und in der Patientenakte zu dokumentieren.
 - umgehend nach Erhalt den Nachweis über die Aktualisierung der o. g. Fachkundebescheinigung bei der KVSH vorzulegen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person