

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Anlage 4

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme am Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V über die Anwendung einer IT-Befundplattform für die qualitätsgesicherte Mammadiagnostik in Schleswig-Holstein „e-QuaMaDi“

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistung	<p>Genehmigung zur Teilnahme an „e-QuaMaDi“ als</p> <input type="checkbox"/> Gynäkologe <input type="checkbox"/> Radiologe (auch radiologisch tätige Gynäkologen) <input type="checkbox"/> Pathologe <input type="checkbox"/> Referenzzentrum (gemäß § 6 Abs. 2 i. V. m. Anlage 9 der Vereinbarung)																					
Fachliche Voraussetzungen für radiologisch tätige Ärzte	<p>Die fachliche Befähigung für die Ausführungen und Abrechnungen von Leistungen nach der Modell-Vereinbarung gilt als nachgewiesen, wenn Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der nachfolgenden Leistungen vorliegen:</p> <table border="1" data-bbox="1310 398 1481 898"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Mammographien (Pflicht)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Galaktographien</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Vakuumbiopsien</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. MRT-Untersuchung der Mamma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hinweis Referenzzentren benötigen verpflichtend eine Genehmigung für die Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 5.</p>		ja	nein	1. Mammographien (Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Galaktographien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Vakuumbiopsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. MRT-Untersuchung der Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein																				
1. Mammographien (Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2. Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
3. Galaktographien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4. Vakuumbiopsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
5. Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
6. MRT-Untersuchung der Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
IT Voraussetzungen	<table border="1" data-bbox="1310 1025 1481 1391"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jeder Teilnehmer KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radiologische tätige Praxen/Referenzzentren Vorhaltung eines digitalen Mammographie-Gerätes, einer geeigneten digitalen Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Jeder Teilnehmer KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiologische tätige Praxen/Referenzzentren Vorhaltung eines digitalen Mammographie-Gerätes, einer geeigneten digitalen Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	ja	nein																				
Jeder Teilnehmer KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Radiologische tätige Praxen/Referenzzentren Vorhaltung eines digitalen Mammographie-Gerätes, einer geeigneten digitalen Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Beantragte Mitarbeiterzugänge	<p>Hiermit beantrage ich für folgende Mitarbeiter (bitte in Druckbuchstaben) einen individuellen, kennwortgeschützten Mitarbeiterzugang zur IT-Befundplattform:</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> BSNR: <input type="text"/></p> <hr/> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> BSNR: <input type="text"/></p> <hr/> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> BSNR: <input type="text"/></p> <hr/> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> BSNR: <input type="text"/></p>																					

	Name: _____
	Geburtsdatum: _____ BSNR: _____
	Name: _____
	Geburtsdatum: _____ BSNR: _____
	Name: _____
	Geburtsdatum: _____ BSNR: _____
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. ☛ Sobald sich in den gemachten Angaben Änderungen ergeben (insbesondere bei den Mitarbeiterzugängen), sind diese unverzüglich mitzuteilen.

Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung sowie die Inhalte des e-QuaMaDi-Vertrages zur Kenntnis genommen zu haben.

Ferner bin ich einverstanden mit

1. der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im e-QuaMaDi-Arztverzeichnis,
2. der Weitergabe des e-QuaMaDi-Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner,
3. der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der e-QuaMaDi-Homepage,
4. der Zusendung wichtiger Informationen zum Vertrag per E-Mail durch die KVSH.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg



Stempel Antragsteller

Anlage zum Vertrag zur Teilnahme am Modellvorhaben e-QuaMaDi

Folgendes Digitales Mammographie-Gerät kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

Gerätebezeichnung:

Eigentümer:

Folgendes Vakuumbiopsiesystem kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

Gerätebezeichnung:

Eigentümer:

Folgendes Ultraschallsystem kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

Gerätebezeichnung:

Eigentümer:

Folgendes Mamma-MRT-Gerät kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

Gerätebezeichnung:

Eigentümer:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers