

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung spezieller
Laboratoriumsuntersuchungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135
Abs. 2 SGB V**

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

Beantragte Leistungen des Kapitels 32.3 EBM	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="background-color: #e0e0e0;"> </td></tr> </table>																																																		
Fachliche Voraussetzungen	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Facharzt für Laboratoriumsmedizin</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Facharzt für Transfusionsmedizin</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Die o. g. Ärzte sind vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Urkunden und Zeugnisse gemäß § 6 Abs. 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Aufstellung der vom Antragssteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboruntersuchungen und die dafür aufgewendete Ausbildungszeit.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Untersuchungen wurden in einem der Weiterbildungsabteilung direkt zugehörigen Labor erbracht.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tätigkeiten über ein halbes Jahr ganztags.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tätigkeiten über 2 Jahre berufsbegleitend.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	Facharzt für Laboratoriumsmedizin			<input type="checkbox"/>	Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie			<input type="checkbox"/>	Facharzt für Transfusionsmedizin			Die o. g. Ärzte sind vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit.						ja	nein		Urkunden und Zeugnisse gemäß § 6 Abs. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aufstellung der vom Antragssteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboruntersuchungen und die dafür aufgewendete Ausbildungszeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Untersuchungen wurden in einem der Weiterbildungsabteilung direkt zugehörigen Labor erbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tätigkeiten über ein halbes Jahr ganztags.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tätigkeiten über 2 Jahre berufsbegleitend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Laboratoriumsmedizin																																																		
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie																																																		
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Transfusionsmedizin																																																		
Die o. g. Ärzte sind vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit.																																																			
		ja	nein																																																
	Urkunden und Zeugnisse gemäß § 6 Abs. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Aufstellung der vom Antragssteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboruntersuchungen und die dafür aufgewendete Ausbildungszeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Untersuchungen wurden in einem der Weiterbildungsabteilung direkt zugehörigen Labor erbracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Tätigkeiten über ein halbes Jahr ganztags.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Tätigkeiten über 2 Jahre berufsbegleitend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Organisatorische Voraussetzungen	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td>Weiterhin ist ein Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit den folgenden Inhalten einzureichen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Weiterhin ist ein Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit den folgenden Inhalten einzureichen:				Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	Weiterhin ist ein Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit den folgenden Inhalten einzureichen:																																																		
	Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																

Auflage zur Genehmigungserteilung	Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> ☞ Die Genehmigung gemäß § 2 wird mit der Auflage erteilt, dass der Arzt innerhalb von 12 Monaten Nachweise zum internen Qualitätsmanagement erbringt. Vorzulegen sind insbesondere folgende Dokumente: ☞ Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt, ☞ Organigramm der personellen Struktur und der Befugnisse in der Einrichtung im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 1 mit Angabe des/der für die jeweiligen Untersuchungsverfahren verantwortlichen Arztes/Ärzte, ☞ Verzeichnis der Untersuchungsverfahren, für die Unit-Use-Reagenzien verwendet werden, ☞ Verzeichnis der Geräte unter Angabe des Namens, des Herstellers, der Typbezeichnung und Seriennummer sowie des Standorts, ☞ Verfahrensanweisung zur regelmäßigen Überwachung der Funktion der Geräte, der Reagenzien und der Analysensysteme, ☞ Verfahrensanweisung zur Präanalytik für die fachgerechte Entnahme und Behandlung, die Annahme bzw. Ablehnung, Kennzeichnung und Bearbeitung von Untersuchungsmaterial sowie die Berichtsübermittlung.
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. ☞ Gemäß der Allgemeinen Bestimmungen der Laborrichtlinien muss die Untersuchungsentscheidung durch den Arzt getroffen werden. Die laboratoriumsmedizinische Untersuchung muss immer unter der persönlichen Überwachung des verantwortlichen Arztes erfolgen.
Hinweis zum Datenschutz	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>

Ich bestätige, die Vereinbarung zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen zur Kenntnis genommen zu haben und gebe mein Einverständnis zur Einsichtnahme der Kommission in Dokumente gemäß § 5.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: September 2018

Gilt nur bei ange- stellten 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

