**Anlage Koloskopie** - namentliche Benennung

Anlage zu einer Anzeige bzw. Änderungsanzeige zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV gemäß § 4a Absatz 3 a-d ASV-RL, Anhang zu § 4a leistungsspezifische Qualitätsanforderungen.

**Betrifft folgende Leistungen: GOP 04514, 04518, 04520, 13421, 13422, 13423, 13424 EBM**

|  |  |
| --- | --- |
| ASV-Diagnosebereich | Wählen Sie ein Element aus. |
| Name der Teamleitung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Teamnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Leistungserbringers**\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Innere Medizin und Gastroenterologieoder | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |
| [ ]  Facharzt Allgemeinchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem Weiterbildungsrecht[ ]  Facharzt Viszeralchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem Weiterbildungsrecht**und**jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien (\*1) und 50 Polypektomien (\*2) innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme an der ASVoder | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor**und**darüber hinaus erfolgten:Anzahl (\*1) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. KoloskopienAnzahl (\*2) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Polypektomien |
| [ ]  Facharzt Kinder- und Jugendchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem Weiterbildungsrecht[ ]  Facharzt Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie**und**jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 100 Koloskopien (\*1) innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme an der ASV | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor**und**darüber hinaus erfolgten:Anzahl (\*1) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Koloskopien |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Koloskopien[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin und Gastroenterologie[ ]  Koloskopien werden in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

**\***keine Mehrfachnennung, ggf. Formular bitte wiederholt ausdrucken und verwenden!

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung an die Hygienequalität** | **Bitte Ankreuzen** |
| Ist ein Facharzt:[ ]  Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie **oder**[ ]  Hygiene- und Umweltmedizin **oder**[ ]  mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygienebenannt, der regelmäßig die Hygienequalität der aufbereiteten Endoskope mit geeigneten hygienisch-mikrobiologischen Überprüfungen sicherstellt: | [ ]  Ja | [ ]  Nein(Angaben ausfüllen) |
| Name des Facharztes:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |

**ggf. Erläuterung:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind
und die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist. Ein Nachweis hierfür kann vorgelegt werden**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum ggf. Unterschrift Facharzt Hygienemedizin