**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 Gastroenterologie  oder | 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 ASV  oder | Facharztnachweis ist beigefügt  liegt bereits vor  **und**  darüber hinaus erfolgten:  Anzahl (\*1) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Koloskopien  Anzahl (\*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 Krankenhaushygiene  benannt, 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