**Anlage Koloskopie** - institutionelle Benennung von Hinzuzuziehenden

Anlage zu einer Anzeige bzw. Änderungsanzeige zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV gemäß § 4a Absatz 4 a-c ASV-RL.

**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 und BSNR / IK leistungserbringende Institution\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind erfüllt, weil benannte Institution ist: | [ ]  zugelassene Weiterbildungsstätte für Innere Medizin und Gastroenterologie[ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Koloskopien durchgeführt werden[ ]  Zentrum oder Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c Abs. 5 SGB V (Zentrumsregelung) und Koloskopien werden dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

\*keine Mehrfachnennung, ggf. diese Seite 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 vertretungsberechtigter der benannten Institution