

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V (Arthroskopie-Vereinbarung)

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
<p>Leistungen</p>	<input type="checkbox"/>	<p>31141 – 31148 EBM (ambulant)</p>	
	<input type="checkbox"/>	<p>36141 – 36148 EBM (belegärztlich)</p>	
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>		
	<p>(N)BSNR:</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Folgende Anforderungen an die fachliche Befähigung gemäß § 4 liegt vor:</p> <p>Fakultative Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ im Gebiet Orthopädie (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände) -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p>Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ (berechtigt zur Behandlung post-traumatischer Krankheitszustände) -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p>Gebietsbezeichnung „Chirurgie oder Orthopädie“ mit Nachweis von mindestens 180 arthroskopischen Operationen, selbstständig von mir unter der Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt (berechtigt zur Arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände) -bitte beifügen-</p>	<p>ja</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

Apparative Voraussetzungen	Folgende Anforderung an die apparative Ausstattung gemäß § 5 wird erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Fernsehkette wird vorgehalten 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	Folgende Anforderungen an die räumliche Ausstattungen gemäß § 5 werden erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Räumliche Trennung (z. B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraums von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes ▪ Keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe im Operationsraum vorhanden ▪ Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt für den Operationsraum vor 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	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.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	
Zustimmung	Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.	<input type="checkbox"/>	
	Ich bestätige, die Arthroskopie-Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt