

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 zur Dünndarm-Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<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>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>13425 EBM</td> <td>Durchführung bei Erwachsenen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>13426 EBM</td> <td>Auswertung bei Erwachsenen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>04528 EBM</td> <td>Durchführung bei Kindern</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>04529 EBM</td> <td>Auswertung bei Kindern</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	13425 EBM	Durchführung bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	13426 EBM	Auswertung bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	04528 EBM	Durchführung bei Kindern	<input type="checkbox"/>	04529 EBM	Auswertung bei Kindern
<input type="checkbox"/>	13425 EBM	Durchführung bei Erwachsenen											
<input type="checkbox"/>	13426 EBM	Auswertung bei Erwachsenen											
<input type="checkbox"/>	04528 EBM	Durchführung bei Kindern											
<input type="checkbox"/>	04529 EBM	Auswertung bei Kindern											
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>												
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>1. Fachliche Befähigung</p> <p>Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“ oder Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ und Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“</p> <p>oder</p> <p>Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung durchgeführt -bitte beifügen-</p>												

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	2. Applikation Zusätzlich zu 1.: Ich habe die Kapseln appliziert, Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	oder Ich habe an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs teilgenommen -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	3. Auswertung Zusätzlich zu 1.: Ich habe die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen ausgewertet und Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt § 3 Abs. 1 Nr. 1 -bitte beifügen-
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Der von der Herstellerfirma ausgefüllte und unterschriebene Apparatebogen liegt vor -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	oder wird umgehend nachgereicht Eine Kopie der aufgezeichneten Bilddaten ist für den Fall, dass applizierender und auswertender Arzt nicht identisch sind, vom auswertenden Arzt an den applizierenden Arzt zu geben. Der jeweils auswertende Arzt hat die Bilddokumentationen so zu speichern bzw. zu archivieren, dass die berufsrechtlichen Anforderungen an die Speicherung von Untersuchungsdaten erfüllt werden.
Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung ist durchführbar
	<input type="checkbox"/>	Die Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen, ist gewährleistet
	<input type="checkbox"/>	Ich bin für den Patienten mindestens 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar, Kontaktdaten gebe ich dem Patienten mit
	<input type="checkbox"/>	Ich werde jeden Behandlungsfall gemäß den Anforderungen des § 7 der Vereinbarung dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentationen der Behandlungsfälle vorlegen
	<input type="checkbox"/>	Ich verpflichte mich als applizierender Arzt eine Jahresstatistik zu erstellen
IT Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Ich verfüge in meiner Praxis über einen KV-SafeNet-Anschluss
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	<p>Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß § 9 Abs. 7 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer entsprechenden Überprüfung.</p> <p>Ich bestätige, die Vereinbarung erhalten und den Inhalt einschließlich der Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/> <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