

Antrag auf Genehmigung:

Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Im Rahmen dieser Genehmigung ist die Erstellung einer Jahresstatistik notwendig. Hierzu muss die Praxis über einen KV-SafeNet-Anschluss verfügen (s. Anlage 1 der Vereinbarung).

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Leistungen

- I Auswertung
- II Applikation

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- I
 - Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“
oder
 - Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“
und
 - Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

- II
 - Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“
oder
 - Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“
und
 - Erfahrung in der Applikation und Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes.
 - Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopie-Kurs.

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Herstellererklärung im Sinne des § 4

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden (§ 5).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen (§ 9 Abs. 7).
- ausführende Person eine selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, **innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung** durchgeführt hat.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person