

Abteilung Qualitätssicherung





Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
--	--

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13421, 13422, 13423, 13424, 01741 und 01742 EBM 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ oder Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“ oder mit einer zusätzlichen zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleiteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie oder Fachbezeichnung „Kinderchirurgie“ oder Facharztbezeichnung „Visceralchirurgie“, sofern dieser Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopie berechtigt ist <input type="checkbox"/> Zeugnis gemäß § 9 über die Durchführung und Bewertung von unter Anleitung erbrachten Koloskopien sowie Polypektomien innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung von dem zur Weiterbildung befugten Arzt und <input type="checkbox"/> Dokumentationen der gemäß § 4 nachzuweisenden Polypektomien und <input type="checkbox"/> Zeugnis gemäß § 9 über die Durchführung und Bewertung der unter Anleitung erbrachten Koloskopien sowie Polypektomien aus einem davor liegenden Zeitraum von dem zur Weiterbildung ermächtigten Arzt und <input type="checkbox"/> Innerhalb des Zeitraumes von 2 Jahren vor Antragstellung habe ich <input type="text"/> Koloskopien und <input type="text"/> Polypektomien selbständig durchgeführt
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Folgende Anforderungen an die apparative Notfallausstattung sind erfüllt: a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) b) Absaugvorrichtung c) Sauerstoffversorgung d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop e) Pulsoxymetrie und Rufanlage f) In der Praxis wird sterilisierbares Zusatzinstrumentarium verwendet hierfür wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt

Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Erklärung zur Durchführung und Abrechnung kurativer Koloskopie gemäß § 115 SGB V ambulantes Operieren. Hiermit erkläre ich ☞ gemäß § 8 der Vereinbarung mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfung der apparativen Gegebenheiten durch die KVSH beauftragte Arbeitsgemeinschaft/Qualitätssicherungskommission. ☞ gemäß § 7 der Vereinbarung die Teilnahme an Überprüfungen zur Hygienequalität sowie die Übernahme der Kosten für die Überprüfung der Hygienequalität.				
Allgemeine Hinweise	☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.				
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 und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1310 898 1385 1008">ja</th> <th data-bbox="1385 898 1481 1008">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1310 1008 1385 1384" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1008 1481 1384" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei ange- stellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt