

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 Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Allgemeine Hinweise	<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.
Leistungen	<p><input type="checkbox"/> 13421, 13422, 13423, 13424, 01741 und 01742 EBM</p> <p><input type="checkbox"/> 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM</p>
Betriebsstätten	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
Fachliche Voraussetzungen	<p><input type="checkbox"/> Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“ oder mit einer zusätzlichen zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Fachbezeichnung „Kinderchirurgie“ oder Facharztbezeichnung „Visceralchirurgie“, sofern dieser Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopie berechtigt ist</p>

	<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 -bitte beifügen- und <input type="checkbox"/> Dokumentationen der gemäß § 4 nachzuweisenden Polypektomien -bitte beifügen- 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 -bitte beifügen- 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 -bitte beifügen-
Apparative Voraussetzungen	<p>Folgende Anforderungen an die apparative Notfallausstattung sind erfüllt:</p> <input type="checkbox"/> a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) <input type="checkbox"/> b) Absaugvorrichtung <input type="checkbox"/> c) Sauerstoffversorgung <input type="checkbox"/> d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop <input type="checkbox"/> e) Pulsoxymetrie und Rufanlage <input type="checkbox"/> f) In der Praxis wird sterilisierbares Zusatzinstrumentarium verwendet <input type="checkbox"/> hierfür wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Erklärung zur Durchführung und Abrechnung kurativer Koloskopie gemäß § 115 SGB V ambulantes Operieren. -bitte beifügen- Hiermit erkläre ich <ul style="list-style-type: none"> - 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.
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	<p>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:</p> <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>Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie zur Kenntnis genommen zu haben.</p> <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