

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Mammographien nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p><b>Fachkunde im Strahlenschutz für Mammographien</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung der erforderlichen Fachkunde nach § 86 StrlSchG u. § 145 StrlSchV der Ärztekammer <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung der Ärztekammer über die Befreiung von der Nachweispflicht aufgrund der Übergangsvorschriften nach § 189 StrlSchV <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>Untersuchungen, Befundungen, Einstellung Strahlengang (Zeugnis) -bitte beifügen-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mind. 500 Patientinnen</li> <li>▪ Selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mind. 500 Fällen</li> <li>▪ Persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mind. 100 Patientinnen (Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Weiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.)</li> </ul>

	<p><b>Fallsammlungsprüfung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen nach Abschnitt C der Vereinbarung zur kurativen Mammographie <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> wird noch absolviert (Terminabsprache unter Tel. 04551/883 302)</p>
	<p><b>Teilnahme an der Vereinbarung Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik - QuaMaDi</b></p> <p>Antrag ist mit gesondertem Formular zu stellen (<a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> ► Downloadcenter ► Genehmigungspflichtige Leistungen ► QuaMaDi)</p> <p>(Achtung: Zusätzlich ist auch ein Antrag zur Durchführung und Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Brustdrüse im B-Modus zu stellen. Informationen unter Tel. 04551/883 485)</p>
<p><b>Apparative Voraussetzungen</b></p>	<p>Gemäß § 14 Abs. 2 Punkt 4 und 5 sind dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aktuelles Sachverständigengutachten <b>-bitte beifügen-</b></li> <li>▪ Genehmigung nach §§ 12-16, 19, 86, 198 StrlSchG u. § 114 StrlSchV oder Anzeigebestätigung der zuständigen Behörde nach §§ 19 u. 200 StrlSchG <b>-bitte beifügen-</b></li> <li>▪ Gewährleistungserklärung des Herstellers/der Lieferfirma <b>-bitte beifügen-</b></li> </ul>
<p><b>Hinweis zum Datenschutz</b></p>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>
<p><b>Einverständnis zum Datenschutz</b></p>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul> </li> <li>2. der Ärztlichen Stelle Schleswig-Holstein zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzeigebestätigung des Ministeriums für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt, Natur und Digitalisierung des Landes Schleswig-Holstein</li> <li>▪ aktueller Sachverständigenprüfbericht (z. B. TÜV)</li> <li>▪ Fachkunde im Strahlenschutz und die Aktualisierung</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Zustimmung</b></p>	<p>Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß § 14 Abs. 7 der Vereinbarung die Mammographie-Kommission beauftragen, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage I bzw. Anlage Ia dieser Vereinbarung entsprechen.</p> <p>Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer entsprechenden Überprüfung. <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bestätige, die Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben. <input type="checkbox"/></p>

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