

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

<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"/> GOP 31096, 31097, 31098 EBM (ambulant) <input type="checkbox"/> GOP 36096, 36097, 36098 EBM (belegärztlich)																																				
Fachliche Voraussetzungen	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="566 232 1326 293">Anforderungen gemäß § 5:</th> <th data-bbox="1326 232 1401 293">ja</th> <th data-bbox="1401 232 1498 293">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="566 293 1326 436">Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren</td> <td data-bbox="1326 293 1401 436"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1401 293 1498 436"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 436 1326 488">und</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 488 1326 533">Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 533 1326 600">- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</td> <td data-bbox="1326 533 1401 600"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1401 533 1498 600"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 600 1326 651">oder</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 651 1326 719">- andere operativ tätige Facharztgruppe</td> <td data-bbox="1326 651 1401 719"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1401 651 1498 719"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 719 1326 770">und</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 770 1326 860">selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor dem 7. Dezember 2019</td> <td data-bbox="1326 770 1401 860"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1401 770 1498 860"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 860 1326 911">oder</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 911 1326 1046">Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung</td> <td data-bbox="1326 911 1401 1046"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1401 911 1498 1046"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="566 1046 1326 1115">(Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Anforderungen gemäß § 5:	ja	nein	Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und			Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung			- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder			- andere operativ tätige Facharztgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und			selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor dem 7. Dezember 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder			Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)		
Anforderungen gemäß § 5:	ja	nein																																			
Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
und																																					
Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung																																					
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
oder																																					
- andere operativ tätige Facharztgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
und																																					
selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor dem 7. Dezember 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
oder																																					
Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
(Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)																																					
Organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Notfallpläne und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente sind vor Ort vorhanden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und stationärer Notfalloperationen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p>(Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation und die kontinuierliche Möglichkeit zu stationären Notfalloperationen verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt.)</p>																																				
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 32 zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten 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

