

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 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>Allgemeine Hinweise</p>	<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. 			
<p>Leistungen</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>GOP 31096, 31097, 31098 EBM (ambulant) GOP 36096, 36097, 36098 EBM (belegärztlich)</p>		
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>			
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Anforderungen gemäß § 5:</p> <p>Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren</p> <p>und</p> <p>Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ andere operativ tätige Facharztgruppe <p>und</p>		<p>ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>nein</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<p>selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen bereits vor dem 7. Dezember 2019 -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p>Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von 2 Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung -bitte beifügen-</p> <p>(Zur Anleitung berechtigt sind Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfallpläne und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente sind vor Ort vorhanden. ▪ Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und stationärer Notfalloperationen. <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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Ich bestätige, die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 32 zur Kenntnis genommen zu haben.		<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