

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

Antrag zur Ausführung und Abrechnung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen

<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>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>												
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Facharzt für Humangenetik -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Facharzt für Laboratoriumsmedizin -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Facharzt für Humangenetik -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facharzt für Laboratoriumsmedizin -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein											
Facharzt für Humangenetik -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Facharzt für Laboratoriumsmedizin -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>Organisatorische Voraussetzungen</p>	<p>Ich führe die genetische Analyse als verantwortliche ärztliche Person durch. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Muster der Auftragshinweise, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden, sind beigefügt sowie eine Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>												
<p>Anforderung an die Indikationsstellung</p>	<p>Nachweis bzw. Bestätigung gemäß GenDG über die Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zur Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe zu molekulargenetischen Voruntersuchungen des Patienten in Bezug auf die aktuelle Indikationsstellung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>												

	Angabe, ob ein Indexfall bekannt ist. Bei ja: Angabe von molekulargenetischen Vorbefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angabe, ob es sich um eine diagnostische, prädiktive oder vorgeburtliche Untersuchung handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Art des Untersuchungsmaterials und Entnahmedatum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klinische und anamnestische Angaben für die Prüfung des Auftrags.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderung an die ärztliche Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenidentifikation ▪ Identifizierung des Einsenders ▪ Indikation zur Durchführung der Untersuchung ▪ Angaben zum Indexpatienten ▪ Angabe der nachgewiesenen Mutationen ▪ Ärztliche Bewertung der Mutation ▪ Beratung genetisch verwandter Personen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne und externe Qualitätssicherung	System der internen Qualitätssicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßige Teilnahme an geeigneten Ringversuchen (Externe Qualitätssicherung). -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahresstatistik	Betriebsstättenbezogene Jahresstatistik mit Angaben gemäß § 8 der QS-Vereinbarung mittels elektronischem Dokumentationsverfahren.	<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	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: <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 bin damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen überprüft.		<input type="checkbox"/>
	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik 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