Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg
Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Genehmigung:
Qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung)

Name, Vorname: _____
(Name des Arztes[1], der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____ **oder** Eintragungsnummer der KVSH: _____
(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Teilnahme an dieser Vereinbarung ist nur möglich für Personen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören.

Einverständnis zur Datenübermittlung *– damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“*

☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

☐ Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

  oder
- Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“

  oder
- Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, der die Inhalte der vorgenannten Zusatzbezeichnung erfüllt

und

[1] Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

  Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt wurden, davon 15 mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

oder

- Andere Fachgruppen

  Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien

Kooperationsgemeinschaft

	Kooperationen
Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	Name
Pathologie	Name
Radiologie	Name
Strahlentherapie	Name
Ärzte mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“	Name
ggf. weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen	Name

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- die geforderten organisatorischen Maßnahmen vorgehalten werden (§ 5).
- bei der Durchführung von Hämotherapie die Voraussetzungen gemäß den Richtlinien des Transfusionsgesetzes erfüllt werden.
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der in §§ 5 und 6 genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person