

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Anlage 4

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme am Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V über die Anwendung einer IT-Befundplattform für die qualitätsgesicherte Mammadiagnostik in Schleswig-Holstein „e-QuaMaDi“

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <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.▪ Sobald sich in den gemachten Angaben Änderungen ergeben (insbesondere bei den Mitarbeiterzuzügen), sind diese unverzüglich mitzuteilen.
Leistungen	Genehmigung zur Teilnahme an „e-QuaMaDi“ als <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gynäkologe<input type="checkbox"/> Radiologe (auch radiologisch tätige Gynäkologen)<input type="checkbox"/> Pathologe<input type="checkbox"/> Referenzzentrum (gemäß § 6 Abs. 2 i. V. m. Anlage 9 der Vereinbarung)
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____

Fachliche Voraussetzungen für radiologisch tätige Ärzte	<p>Die fachliche Befähigung für die Ausführungen und Abrechnungen von Leistungen nach der Modell-Vereinbarung gilt als nachgewiesen, wenn Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der nachfolgenden Leistungen vorliegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mammographien (Pflicht) 2. Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht) 3. Galaktographien 4. Vakuumbiopsien 5. Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie 6. MRT-Untersuchung der Mamma 	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Hinweis Referenzzentren benötigen verpflichtend eine Genehmigung für die Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 5.</p>			
IT Voraussetzungen	<p>Jeder Teilnehmer KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen</p> <p>Radiologische tätige Praxen/Referenzzentren Vorhaltung eines digitalen Mammographie-Gerätes, einer geeigneten digitalen Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM)</p>	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datenschutz im Referenzzentrum (ausschließlich von Referenzzentren auszufüllen)	<p>Fallkonferenzen im Referenzzentrum Sofern radiologische Bilder für eine Fallkonferenz im Referenzzentrum heruntergeladen werden, erfolgt dies in alleiniger datenschutzrechtlicher Verantwortung des jeweiligen Arztes des Referenzzentrums. Der Arzt hat eigenständig für eine datenschutzgerechte Vernichtung Sorge zu tragen.</p>	stimme zu <input type="checkbox"/>	
Beantragte Mitarbeiterzugänge	<p>Hiermit beantrage ich für folgende Mitarbeiter (bitte in Druckbuchstaben) einen individuellen, kennwortgeschützten Mitarbeiterzugang zur IT-Befundplattform:</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ BSNR: _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ BSNR: _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ BSNR: _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ BSNR: _____</p>		

	Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____	
Zustimmung	Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung sowie die Inhalte des e-QuaMaDi-Vertrages zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner bin ich einverstanden mit, 1. der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im e-QuaMaDi-Arztverzeichnis, 2. der Weitergabe des e-QuaMaDi-Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner, 3. der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der e-QuaMaDi-Homepage, 4. der Zusendung wichtiger Informationen zum Vertrag per E-Mail durch die KVSH.	<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

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

--

Stempel Antragsteller

Anlage zum Vertrag zur Teilnahme am Modellvorhaben e-QuaMaDi

Folgendes Digitales Mammographie-Gerät kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

--

Gerätebezeichnung:

--

Eigentümer:

--

Folgendes Vakuumbiopsiesystem kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

--

Gerätebezeichnung:

--

Eigentümer:

--

Folgendes Ultraschallsystem kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

--

Gerätebezeichnung:

--

Eigentümer:

--

Folgendes Mamma-MRT-Gerät kommt zum Einsatz:

Herstellerfirma:

--

Gerätebezeichnung:

--

Eigentümer:

--

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers