Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
04551/883 374
@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Stand: April 2023

Name, Vorname:
(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragungsnummer 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“

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ 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 Mitarbeiterzugängen), sind diese unverzüglich mitzuteilen.
Leistungen	☐ Genehmigung zur Teilnahme an „e-QuaMaDi“ als ☐ Gynäkologe ☐ Radiologe (auch radiologisch tätige Gynäkologen) ☐ Pathologe ☐ 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	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:	ja	nein
	1. Mammographien (Pflicht)	☐	☐
	2. Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht)	☐	☐
	3. Galaktographien	☐	☐
	4. Vakuumbiopsien	☐	☐
	5. Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie	☐	☐
	6. MRT-Untersuchung der Mamma	☐	☐
	Hinweis Referenzzentren benötigen verpflichtend eine Genehmigung für die Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 5.		
IT Voraussetzungen	**Jeder Teilnehmer** KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen	ja ☐	nein ☐
	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)	☐	☐
Datenschutz im Referenzzentrum (ausschließlich von Referenzzentren auszufüllen)	**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.	stimme zu ☐	
Beantragte Mitarbeiterzugänge	Hiermit beantrage ich für folgende Mitarbeiter (bitte in Druckbuchstaben) einen individuellen, kennwortgeschützten Mitarbeiterzugang zur IT-Befundplattform: Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____ BSNR: _____		

	Name:			
	Geburtsdatum:		BSNR:	
	Name:			
	Geburtsdatum:		BSNR:	
	Name:			
	Geburtsdatum:		BSNR:	
Zustimmung	Ich bin 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.			☐

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