

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung spezieller
Laboratoriumsuntersuchungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135
Abs. 2 SGB V**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen des Kapitels 32.3 EBM	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 100px; border: 1px solid black;"></div>			
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facharzt für Laboratoriumsmedizin Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Facharzt für Transfusionsmedizin		
Die o. g. Ärzte sind vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit.				
			ja	nein
Urkunden und Zeugnisse gemäß § 6 Abs. 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung der vom Antragssteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboruntersuchungen und die dafür aufgewendete Ausbildungszeit.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungen wurden in einem der Weiterbildungsabteilung direkt zugehörigen Labor erbracht.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeiten über ein halbes Jahr ganztags.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeiten über 2 Jahre berufsbegleitend.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Voraussetzungen	Weiterhin ist ein Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit den folgenden Inhalten einzureichen:			
☞ Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auflage zur Genehmigungserteilung	Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> ☞ Die Genehmigung gemäß § 2 wird mit der Auflage erteilt, dass der Arzt innerhalb von 12 Monaten Nachweise zum internen Qualitätsmanagement erbringt. Vorzulegen sind insbesondere folgende Dokumente: ☞ Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt, ☞ Organigramm der personellen Struktur und der Befugnisse in der Einrichtung im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 1 mit Angabe des/der für die jeweiligen Untersuchungsverfahren verantwortlichen Arztes/Ärzte, ☞ Verzeichnis der Untersuchungsverfahren, für die Unit-Use-Reagenzien verwendet werden, ☞ Verzeichnis der Geräte unter Angabe des Namens, des Herstellers, der Typbezeichnung und Seriennummer sowie des Standorts, ☞ Verfahrensanweisung zur regelmäßigen Überwachung der Funktion der Geräte, der Reagenzien und der Analysensysteme, ☞ Verfahrensanweisung zur Präanalytik für die fachgerechte Entnahme und Behandlung, die Annahme bzw. Ablehnung, Kennzeichnung und Bearbeitung von Untersuchungsmaterial sowie die Berichtsübermittlung. 		
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. ☞ Gemäß der Allgemeinen Bestimmungen der Laborrichtlinien muss die Untersuchungsentscheidung durch den Arzt getroffen werden. Die laboratoriumsmedizinische Untersuchung muss immer unter der persönlichen Überwachung des verantwortlichen Arztes erfolgen. 		
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 und Mitarbeiterinnen 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 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Vereinbarung zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen zur Kenntnis genommen zu haben und gebe mein Einverständnis zur Einsichtnahme der Kommission in Dokumente gemäß § 5.

Ort, Datum	Praxisstempel	Unterschrift
Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis		Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt