

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

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

| | |
|--|--|
| 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. |
| Beantragte Leistungen des Kapitels 32.3 EBM | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| Betriebsstätten | Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____ |
| Fachliche Voraussetzungen | <input type="checkbox"/> Facharzt für Laboratoriumsmedizin <input type="checkbox"/> Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie <input type="checkbox"/> Facharzt für Transfusionsmedizin Die o. g. Ärzte sind vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit. |

| | | ja | nein |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Fachliche Voraussetzungen | Urkunden und Zeugnisse gemäß § 6 Abs. 3 -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aufstellung der vom Antragssteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboruntersuchungen und die dafür aufgewendete Ausbildungszeit. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Untersuchungen wurden in einem der Weiterbildungsabteilung direkt zugehörigen Labor erbracht. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tätigkeiten über ein halbes Jahr ganztags. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tätigkeiten über 2 Jahre berufsbegleitend. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen. -bitte beifügen- | <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. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung. -bitte beifügen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auflage zur Genehmigungs-erteilung | Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung | | |
| | 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. | | |
| 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 | <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse | <input type="checkbox"/> |
| Zustimmung | <p>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.</p> <p>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.</p> | <input type="checkbox"/> <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