

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 von Leistungen gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <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.
<p>Leistungen</p>	<p><input type="checkbox"/> GOP 25335 Interstitielle LDR Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation bei lokal begrenztem Prostatakarzinom</p> <p><input type="checkbox"/> GOP 25336 Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation bei lokal begrenztem Prostatakarzinom</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Facharztanerkennung „Facharzt für Strahlentherapie“ -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Facharztanerkennung „Facharzt für Urologie“ -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Fachkunde im Strahlenschutz A 1 2.2.3: Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation – Organgebiet Prostata -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums für Jod-125 oder Palladium-103 -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass die interstitielle LDR-Brachytherapie gemäß Anlage I Nr. 35 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig ist.</p>

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<p>Ich verpflichte mich,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Mindestanforderungen nach § 5 Abs. 2 (Durchführung eines Patientenaufklärungsgespräches) und Abs. 3 (Aushändigung der Patienteninformation) sowie gemäß § 6 Abs. 2 (Information über die Notwendigkeit einer Postimplantationskontrolle) der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil bei jedem Behandlungsfall zu erfüllen und in der Patientenakte zu dokumentieren. ▪ umgehend nach Erhalt den Nachweis über die Aktualisierung der o. g. Fachkundebescheinigung bei der KVSH vorzulegen.
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>Ich bestätige, die Qualitätssicherungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Behandlung mit interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	

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