

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6





23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Anlage 1 – Operativ tätiger HNO-Arzt

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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 Leistung	<input type="checkbox"/> 99561 A bis 99561 F <input type="checkbox"/> 99561 H bis 99561 I <input type="checkbox"/> 99561 P
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <p>Nachweis der Erfahrung bei der Durchführung von Tonsillotomien. Als Nachweis anerkannt werden Kopien der OP-Berichte, Kopien der Narkosejournale oder ähnliche dokumentierte Vorgänge, die einen Rückschluss auf die tatsächliche Durchführung des Eingriffs zulassen.</p> <input type="checkbox"/> Lasertonsillotomie <p>Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Laser bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 laserchirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben.</p> <input type="checkbox"/> Coblationstonsillotomie <p>Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Coblation bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 coblationschirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben.</p> <input type="checkbox"/> Radiofrequenztonsillotomie <p>Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 10 Tonsillotomien mit Radiofrequenz bei Kindern oder alternativ durch Nachweis der eigenständigen Durchführung von mindestens 20 radiofrequenzchirurgischen Eingriffen der HNO-Chirurgie bei Kindern an Weichteilgeweben.</p>
Apparative Voraussetzungen	<p>Das Lasergerät ist nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zugelassen. Für die Durchführung der Tonsillotomie wird ausschließlich nachfolgendes Gerät der HNO-Chirurgie verwendet:</p> <p>Lasergerät (CO₂ Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser)</p> <hr/> <p>Coblationsgeräte</p> <hr/> <p>Radiofrequenzgerät</p> <hr/>
Bauliche Voraussetzungen	<p>Bereitstellung und Einhaltung der erforderlichen baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Durchführung von Tonsillotomien gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, zum Vertrag ambulantes Operieren nach § 115b SGB V.</p>

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☛ In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 5-8, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach §§ 4-9, 11 und des Leistungsumfangs nach § 11, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem BAHN-BKK-Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. ☛ Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der operativ tätigen Ärzte sowie die Bestimmungen zu Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen im Vertrag aufgeführt. ☛ Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrags über die Durchführung einer Tonsillotomie sowie etwaige erforderliche Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein anzeigen. ☛ Weiterhin verpflichte ich mich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. ☛ Ich erkläre mich mit der Begehung meiner Praxisräume bzw. derjenigen Räume, in denen der Eingriff der Tonsillotomie erfolgen wird in dem Umfang entsprechend der QS-Vereinbarung Ambulante Operationen zur Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag einverstanden. Ich gestatte die Überprüfung bei Begehung und wirke in dem für die Begehung und Überprüfung erforderlichen Umfang mit. Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt. ☛ Ich willige ein, dass <ul style="list-style-type: none"> • mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer unter www.kvsh.de veröffentlicht wird. • die im Rahmen des Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungs- und Evaluationszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt intern in pseudonymisierter Form und bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form. ☛ Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Quartals widerrufen werden kann sowie ohne Einwilligungserklärung nicht möglich ist. ☛ 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.
<p>Hinweis zum Datenschutz</p>	<p>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.</p>

Einverständnis zum Datenschutz	<p>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:</p> <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, den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	<p>_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis</p>
	<p>_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ</p>
	<p>_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt</p>