

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Vakuumbiopsien nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust

<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>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">01759</td> <td style="vertical-align: top;">Zuschlag zu der GOP 01753 oder 01755 im Rahmen des Programms zur Früherkennung durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">34274</td> <td style="vertical-align: top;">Im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 34270</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">34275</td> <td style="vertical-align: top;">Durchführung einer Mammographie in einer Ebene im Zusammenhang mit der GOP 34274</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	01759	Zuschlag zu der GOP 01753 oder 01755 im Rahmen des Programms zur Früherkennung durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2	<input type="checkbox"/>	34274	Im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 34270	<input type="checkbox"/>	34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene im Zusammenhang mit der GOP 34274
<input type="checkbox"/>	01759	Zuschlag zu der GOP 01753 oder 01755 im Rahmen des Programms zur Früherkennung durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2								
<input type="checkbox"/>	34274	Im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 34270								
<input type="checkbox"/>	34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene im Zusammenhang mit der GOP 34274								
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>									
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Vorlage einer Genehmigung</p> <p><input type="checkbox"/> zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV</p>									

Fachliche Voraussetzungen	Zeugnis über selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung (§ 3 Abs. 1 und 2) bitte beifügen ☞ bitte beachten: § 3 Abs. 2 der Vereinbarung																										
Apparative Voraussetzungen	Allgemeine Angaben Genaue Bezeichnung der Apparatur: _____ Typenangabe: _____ Name der Herstellerfirma: _____ Standort: _____ Tag der Inbetriebnahme: _____ Apparative Angaben <table border="1" data-bbox="421 788 1487 1464"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>▪ Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ Technikgestützte Nadelführung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ Vakuumbiopsiesystem wenn ja, welches? _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ Vakuumbiopsienadel mit Nadeldicke von 11 G oder dicker sowie passende Miroclips</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung liegen vor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen Beatmung ist gegeben</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Die Apparatur entspricht den Anforderungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Stand: 1. Januar 2015)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				ja	nein	▪ Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Technikgestützte Nadelführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Vakuumbiopsiesystem wenn ja, welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Vakuumbiopsienadel mit Nadeldicke von 11 G oder dicker sowie passende Miroclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen Beatmung ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Apparatur entspricht den Anforderungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Stand: 1. Januar 2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein																									
▪ Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
▪ Technikgestützte Nadelführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
▪ Vakuumbiopsiesystem wenn ja, welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
▪ Vakuumbiopsienadel mit Nadeldicke von 11 G oder dicker sowie passende Miroclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
▪ Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
▪ Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen Beatmung ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Die Apparatur entspricht den Anforderungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Stand: 1. Januar 2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
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 der KVSH folgende Unterlagen aus 1. meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse		<input type="checkbox"/>																								

