

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de



Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich</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</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	<input type="checkbox"/> 86510 Behandlung florer Hämoblastosen (§ 1 Abs. 2 d und e der Vereinbarung) <input type="checkbox"/> 86512 Behandlung solider Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (§ 1 Abs. 2 a bis c der Vereinbarung) <input type="checkbox"/> 86514 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie <input type="checkbox"/> 86516 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die intravasale zytostatische Tumortherapie <input type="checkbox"/> 86518 Zuschlag zu den Nrn. 86510 und 86512 für die Palliativversorgung <input type="checkbox"/> 86520 Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die orale zytostatische Tumortherapie																		
Fachliche Voraussetzungen	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="561 667 1311 734">Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 3</th> <th data-bbox="1311 667 1385 734">ja</th> <th data-bbox="1385 667 1481 734">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="561 734 1311 833">Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</td> <td data-bbox="1311 734 1385 833"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 734 1481 833"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 833 1311 922">Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“</td> <td data-bbox="1311 833 1385 922"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 833 1481 922"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 922 1311 1057">Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, welche die Inhalte erfüllt, aber dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehört und</td> <td data-bbox="1311 922 1385 1057"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 922 1481 1057"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 1057 1311 1303">Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie: Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung</td> <td data-bbox="1311 1057 1385 1303"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1057 1481 1303"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 1303 1311 1473">oder Andere Fachgruppen: Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien</td> <td data-bbox="1311 1303 1385 1473"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1303 1481 1473"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 3	ja	nein	Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, welche die Inhalte erfüllt, aber dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehört und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie: Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder Andere Fachgruppen: Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voraussetzungen zur Teilnahme gemäß § 3	ja	nein																	
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung, welche die Inhalte erfüllt, aber dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehört und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie: Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, davon 30 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
oder Andere Fachgruppen: Betreuung von durchschnittlich 50 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="561 1473 1311 1572">Die vertragsärztliche Behandlung krebserkrankter Patienten umfasst die Durchführung der in § 4 beschriebenen Maßnahmen</td> <td data-bbox="1311 1473 1385 1572"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1473 1481 1572"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 1572 1311 1675">Die in § 5 geforderten organisatorischen Maßnahmen werden durch mich vorgehalten</td> <td data-bbox="1311 1572 1385 1675"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1572 1481 1675"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="561 1675 1311 1809">Bei der Durchführung der intravenösen zytostatischen Chemotherapie und Bluttransfusionen sind spezielle Behandlungsplätze gemäß § 5 vorhanden</td> <td data-bbox="1311 1675 1385 1809"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1385 1675 1481 1809"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Die vertragsärztliche Behandlung krebserkrankter Patienten umfasst die Durchführung der in § 4 beschriebenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die in § 5 geforderten organisatorischen Maßnahmen werden durch mich vorgehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung der intravenösen zytostatischen Chemotherapie und Bluttransfusionen sind spezielle Behandlungsplätze gemäß § 5 vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Die vertragsärztliche Behandlung krebserkrankter Patienten umfasst die Durchführung der in § 4 beschriebenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Die in § 5 geforderten organisatorischen Maßnahmen werden durch mich vorgehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Bei der Durchführung der intravenösen zytostatischen Chemotherapie und Bluttransfusionen sind spezielle Behandlungsplätze gemäß § 5 vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	Soweit die Zubereitung der zur parenteralen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe in der Praxis stattfindet, ist nachfolgend gemäß § 5 sichergestellt:	ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Qualitätsgesicherte, therapiegerechte verfügbare Zubereitung durch entsprechendes Fachpersonal ☞ Entsorgung von Medikamentenrückständen nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde ☞ Gewährleistung und Dokumentation von Sicherungsmechanismen zum Ausschuss von Verwechslung von Zytostatikauflösungen und Blutprodukten 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Onkologische Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6		
	<p>Ich bin Mitglied einer Kooperationsgemeinschaft</p> <p>Ich bin Mitglied in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Voraussetzungen	Beschäftigung von qualifiziertem Pflegepersonal zur ständigen Betreuung der onkologischen Patienten gemäß § 5 Abs. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ich verpflichte mich, die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 7 der Onkologie-Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich bis spätestens zum 31. März des Folgejahres vorzulegen. ☞ 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. 		
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 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	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Onkologie-Vereinbarung und die dazugehörige Ergänzungsvereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.

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

