

Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der
photodynamischen Therapie am Augenhintergrund
nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Name:

Vertragsarztnummer:

Praxisanschrift

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Zugelassen als:.....

Zulassungsdatum:

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für: :.....

erteilt durch die Ärztekammer des Landes:.....

seit:.....

Niedergelassen seit:..... als:.....

Niederlassung geplant ab:..... als:.....

Gemeinschaftspraxis mit:.....

Praxisübernahme von:.....

Ich werde ab dem die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen
einer Jobsharing-Praxis gemäß § 101 Abs. 1 Ziffer 4 SGB V ausüben.

Meine/mein Praxispartnerin/Praxispartner verfügt bereits über eine Genehmigung zur
Durchführung und Abrechnung der von mir beantragten Leistungen.

Ich werde ab dem in der o.g. Praxis gemäß
§ 101 Abs. 1 Ziffer 5 SGB V als angestellte(r) Ärztin/Arzt tätig sein.

F a c h l i c h e B e f ä h i g u n g

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“
(§ 4 Abs. 1 Nr. 1) (Bitte eine Fotokopie der Facharzturkunde dem Antrag beilegen)

und

weise die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer,
 der innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung absolviert sein und
 welcher die Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung und Durchführung
 der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund beinhalten muss nach
 – **§ 4 Abs. 1 Nr. 3** – (Bitte eine Fotokopie der Bescheinigung/ des Zertifikates dem
 Antrag beilegen)

und

füge die Erklärung des Kursleiters dem Antrag bei, dass er mindestens 100
 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbständig durchgeführt und 2000
 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet hat – **§ 4 Abs. 1 Nr. 3** –

und

bestätige, dass ich mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund
 zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer
 altersbedingten Makuladegeneration zur Indikationsstellung zu operativen und
 medikamentösen Eingriffen insbesondere zu einer photodynamischen Therapie unter
 Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung im Gebiet
 Augenheilkunde befugten Arztes selbständig durchgeführt und ausgewertet habe
 – **§ 4 Abs. 1 Nr. 2** – (Bitte eine Fotokopie vom Zeugnis dem Antrag beilegen)

oder

bei einem Antrag unter Berufung auf die Übergangsregelungen gemäß § 10 Abs. 2

ich beantrage, die von mir vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung am 01. August
 2001 (veröffentlicht im Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 31-32, vom 06. August
 2001) in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Fluoreszenzangiographien am
 Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei
 Vorliegen einer altersbedingten Makuladegeneration zur Indikationsstellung zu
 operativen und medikamentösen Eingriffen insbesondere zu einer photodynamischen
 Therapie auf die geforderte Anzahl von ausgewerteten Fluoreszenzangiographien
 unter Anleitung auf die Anforderung nach **§ 4 Abs. 1 Nr. 2** anzurechnen.
 (Bitte geeignete Zeugnisse und/oder Abrechnungsbelege dem Antrag beilegen)

oder

bei einem Antrag unter Berufung auf die Übergangsregelungen gemäß § 10 Abs. 3

ich beantrage, die von mir vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung am 01. August
 2001 (veröffentlicht im Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 31-32, vom 06. August
 2001) selbständig erbrachten mindestens 500 Fluoreszenzangiographien am
 Augenhintergrund auf die Anforderung nach **§ 4 Abs. 1 Nr. 2** anzurechnen.
 (Bitte geeignete Zeugnisse und/oder Abrechnungsbelege dem Antrag beilegen)

Apparative Ausstattung gemäß § 5

Ich besitze ein Lasergerät (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren und eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte besitzt

und

die Erfüllung der Anforderungen weise ich, z.B. durch den als Fotokopie dem Antrag beigefügten Gerätebogen des Herstellers, nach.

Dokumentation gemäß § 6

Ich verpflichte mich, die Indikation und die Durchführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund entsprechend der Vereinbarung zu dokumentieren.

Überprüfung der Indikationsstellung gemäß § 7 Abs. 2

Ich verpflichte mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen auf Anforderung jährlich die Dokumentation von 10 abgerechneten Fällen vorzulegen.

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV.....

am..... erhalten.

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Ort/Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Außerdem bitten wir Sie, die zur weiteren Bearbeitung Ihres Antrages notwendigen Unterlagen (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Urkunden ...) dem Antrag beizufügen.

Anlagen:

- Kopie der Facharzturkunde
- Kopie des Zulassungs-/Ermächtigungsbescheides
- Nachweis über die Teilnahme an einem mindestens 4stündigen Kurs
- Erklärung des Kursleiters
- Zeugnis und/oder Abrechnungsbelege über die mindestens 200 durchgeführten Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund in der vertragsärztlichen Versorgung
- Zeugnis und/oder Abrechnungsbelege zum Nachweis der 500 durchgeführten Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund

Dieses Formular ist nur von der Hersteller-/Lieferfirma auszufüllen!

Gewährleistungsgarantie

(Pro Gerät ist jeweils ein Formular auszufüllen.)

zur Durchführung von Untersuchungen der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund vom 16. Juli 2001.

von Frau/Herrn Dr. med.

Praxisadresse:

Genauere Bezeichnung des Gerätes:

Baujahr:

Hersteller/Vertreiber:

Datum der Inbetriebnahme:

⇒ Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte.

⇒ Das Gerät ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff ausreichend zu aktivieren.

Hiermit wird bestätigt, dass das o.g. Gerät den Anforderungen nach § 5 (Apparative Voraussetzungen) der Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund vom 16. Juli 2001 entspricht.

Ort/Datum
Herstellers/Vertreiber

Stempel und Unterschrift des

Bearbeitet von:

Telefon-Durchwahl: