

Antrag
auf Durchführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie
31362 EBM
gem. der Qualitätssicherungs-Vereinbarung PTK nach § 135 Abs. 2 SGB V

Antragsteller/in:

(Titel, Vorname, Name)

(Gebietsbezeichnung, Teilgebietsbezeichnung)

(Praxisanschrift)

(Telefon)

Fachliche und apparative Voraussetzungen

Nach Abschnitt B (Genehmigungsvoraussetzungen) § 9 weise ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach:

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a) Nachweis der selbständigen Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser durch die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| b) Nachweis der selbständigen Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers durch die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind sowie ein Teilnahmenachweis an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 4 der QS-Vereinbarung mittels beiliegendem Gerätenachweis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erklärung

Im Zusammenhang mit dem vorstehenden Antrag gebe ich folgende Erklärung ab:

	ja	nein
Ich verpflichte mich, die Indikation und die Durchführung der PTK gemäß § 6 Punkt (2) und (3) der QS-Vereinbarung, zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verpflichte mich, die ärztlichen Dokumentationen zum Zweck der Überprüfung zur Verfügung zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

....., den.....

.....
Stempel und Unterschrift

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

Angaben zum Lasergerät

(Pro Gerät ist jeweils ein Formular auszufüllen.)

von Frau/Herrn Dr. med.

Praxisadresse:

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Wir bestätigen, dass das nachstehend aufgeführte Lasergerät den nach der aktuellen Qualitätssicherungsvereinbarung PTK, die zum 01.10.2007 in Kraft getreten ist, gültigen Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen der phototherapeutischen Keratektomie, entspricht.

Genauere Bezeichnung des Gerätes:

Baujahr:

Hersteller/Vertreiber:

Für die Durchführung der PTK wird ein Excimer-Laser verwendet. ja nein

Dieser ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

Das o.g. Lasergerät verfügt über die CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz.

Der Hersteller/Vertreiber übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers)

Bearbeitet von: Telefon-Durchwahl: