

Antrag
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen zur
Vakuumbiopsie (nach § 135 Abs. 2 SGB V)

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Vakuumbiopsie der Brust gemäß den EBM-Nrn.:

- GOP 01759 EBM** Zuschlag zur EBM-Nr. 01753 und 01755 im Rahmen des Programms zur Früherkennung durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 ja nein
- GOP 34274 EBM** Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der EBM-Nr. 34270 ja nein

und erkläre, dass ich die Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust und den Inhalt einschließlich der Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, insbesondere die §§ 8 (Abs. 1 und 2) und 9 (Abs. 1 und 7) zur Kenntnis genommen habe.

Fachliche Voraussetzungen für die Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust sind gemäß § 3 die folgenden Nachweise:

Ich habe die Genehmigung

- zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

oder

- für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

und/oder

- zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

Folgende Nachweise werden beigefügt:

- selbstständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle

und

- 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragsstellung

Apparative Voraussetzungen für die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust sind gemäß § 4 die folgenden Nachweise:

Allgemeine Angaben:

Genauere Bezeichnung der Apparatur: _____.

Typenangabe: _____.

Name der Herstellerfirma: _____.

Standort: _____.

Tag der Inbetriebnahme: _____.

Apparative Angaben:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert ja nein
- technikgestützte Nadelführung ja nein
- Vakuumbiopsiesystem ja nein
wenn ja welches? _____
- Vakuumbiopsienadel mit Nadeldicke von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips ja nein
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung vor ja nein
- Besteht die Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen Beatmung ja nein

Bitte beachten Sie, dass für die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 13 zeitlich begrenzte Übergangsregelungen gelten.

**Erklärung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung im Rahmen der Vakuumbiopsie der Brust**

Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß § 11 Abs. 3 der Vereinbarung die zuständige Kommission beauftragen, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen nach dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer entsprechenden Überprüfung.

Die Unterlagen habe ich diesem Antrag beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZb zw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes