

Antrag**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen gemäß
der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

Name, Vorname: _____

Facharztbezeichnung: _____

Straße, Ort: _____

Niederlassung am: _____

Geplante Aufnahme der Tätigkeit: _____

Praxisübernahme von: _____

Gemeinschaftspraxis mit: _____

Bitte ankreuzen

- im Rahmen einer Zulassung
- im Rahmen einer Ermächtigung im Krankenhaus
Name der Einrichtung: _____
- im Rahmen einer Institutsermächtigung
Name der Einrichtung: _____
- im Medizinischen Versorgungszentrum
Name der Einrichtung: _____
- im Rahmen einer Tätigkeit als angestellter Arzt
in der Praxis: _____
- im o.g. MVZ

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV

erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen habe ich entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen beigefügt bitte ankreuzen

und zusätzlich

habe ich Dokumentationen über 50 durchgeführte Polypektomien beigefügt. input type="checkbox"/>
(§9 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung § 4)
(Diese Vorlageverpflichtung gilt nicht für Kinderärzte und Kinderchirurgen.)

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Nachweise/Bescheinigungen sind der beigefügten Vereinbarung zur Koloskopie zu entnehmen.

Hinweis:

Nach der Vereinbarung zur Koloskopie kann die Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich werden.

Apparative Voraussetzungen

1. Die nachfolgend aufgeführten Mindestanforderungen an die apparative Notfallausstattung werden erfüllt und nachgewiesen: bitte ankreuzen

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgeräte (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Pulsoxymetrie und Rufanlage

2. In der Endoskopie-Einrichtung wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt. input type="checkbox"/>

(Eine Bestätigung ist nur erforderlich, wenn sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium verwendet wird.)

Angaben zu dem verwendeten Koloskop

Ich bin bitte ankreuzen

a) Eigentümer

b) Mitnutzer (Angaben zum Eigentümer des Koloskops)

.....

.....

.....
(Angabe der vollständigen Adresse)

Ich halte eine Foto/Videodokumentation vor. input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass

1. die Kassenärztliche Vereinigung Bremen die zuständige Qualitätssicherungskommission gemäß § 8 Absatz 4 der Vereinbarung beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu prüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
2. das von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen nach § 7 der Vereinbarung beauftragte Hygieneinstitut die **halbjährliche** hygienisch-mikrobiologischen Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope in meiner Praxis / der Einrichtung vornehmen darf.
3. die Kosten der gemäß § 7 der Vereinbarung erforderlichen hygienisch-mikrobiologischen Überprüfungen von mir getragen werden und verpflichte mich, die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.
4. Mir ist bekannt, dass gem. § 8 die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Koloskopien widerrufen werden muss, wenn ich die Auflage zur fachlichen Befähigung gem. § 6 oder die Anforderungen an die Hygienequalität gem. § 7 nicht erfüllen kann.

(Ohne das Einverständnis kann eine Genehmigung nicht erteilt werden.)

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)