

Antrag Lungenkrebs-Screening – Erstbefunder -

Richtlinie zur Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), in der gültigen Fassung

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang – Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende radiologischen Leistungen in der

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

EBM GOP

- ☐01871 Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs
- ☐01872 Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle von Lungenkrebs
- ☐01878 Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs
- ☐01880 Beratung bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs
- ☐01881 Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung

III. Gemäß § 43 Abs. 3 der KFE-RL erfülle ich die folgenden Voraussetzungen

ich bestätige, dass eine schriftliche Vereinbarung zur Kooperation mit einem von der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 43 Abs. 3 der KFE-RL genehmigten Zweitbefunder vorliegt. Die Kooperation erfolgt mit folgendem ermächtigten Facharzt/ folgenden ermächtigten Fachärzten:

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

IV. Apparative Ausstattung - Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Standort	
Prüfbericht-Nr.	
Nutzer der Gerätes	

Standort	
Prüfbericht-Nr.	
Nutzer der Gerätes	

Der Sachverständigenprüfbericht

☐ ist beigelegt, Prüfbericht-Nr.:

☐ liegt der KV Bremen bereits vor, Prüfbericht-Nr.:

☐ wird nachgereicht.

IV. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

☐ ja (bitte Bescheid beifügen) ☐ nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ ja ☐ nein

☐ habe die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Röntgenverordnung (RöV), die sich nicht nur auf die Notfalldiagnostik bezieht, erworben, sowie ggf. einen Aktualisierungskurs durchgeführt, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde

und

☐ bin zur Führung der Facharztbezeichnung „Facharzt für Radiologie“ oder „Facharzt für Diagnostische Radiologie“ oder „Facharzt für Radiologische Diagnostik“ berechtigt

und

☐ habe Nachweis über eine von der Ärztekammer anerkannten Fortbildung zur Lungenkrebs-Früherkennung gemäß § 43 Abs. 6 KFE-RL

Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderungen der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen schriftlich mitzuteilen sind.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

V. Allgemeines

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind.
Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**