



**Antrag
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen
Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen
gemäß § 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 Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

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.
(§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 wird 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.

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

Angaben zu dem verwendeten Koloskop

bitte ankreuzen

Ich bin

Eigentümer

Mitnutzer (Angaben zum Eigentümer des Koloskops)

(Titel, Vorname, Name)

(vollständige Adresse)

(vollständige Adresse)

Ich halte eine Foto/Videodokumentation vor.

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.)

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes