

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main



**Nutzungserklärung zum Ambulanten Operieren und/oder IVM**

**in einer anderen Praxis/ Krankenhaus/ MVZ oder OP-Zentrum für die Durchführung von**

- Ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen** nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingaben** gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

**Bei einem neuen/ zusätzlichen Operationsstandort wird die neue Nebenbetriebsstättennummer durch die Fachabteilung beantragt und Ihnen mitgeteilt**

Antragssteller:

BSNR: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Ich habe mich davon überzeugt, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Gegebenheiten der unten genannten Räumlichkeiten

- den Qualitätsstandard nach §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllen.
- den Qualitätsstandard nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe erfüllen.

Ich bin gemäß einer getroffenen Vereinbarung berechtigt, diese ambulanten OP-Räume zu nutzen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

Adresse des OP-Standortes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift/Stempel vom Leiter des OP-Standortes

Qualitätssicherung  
Team 1

Stefanie Gilmer  
Tanja Dittmar  
Heike Morbitzer

Tel 069 24741-6354/ -6551 / -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de