

Bitte zurücksenden an!

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Mammographie-Screening

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen als befristeter Befunder

gem. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der gültigen Fassung und Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) in der gültigen Fassung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Qualitätssicherung
Team 2

Tel 069 24741-7300
Fax 069 24741-68832
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

- Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____
- Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit :

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
 Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
 Name der Einrichtung

Instituts-
 Ermächtigung _____ BSNR _____
 Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
 Assistent _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Leistungsspektrum

Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen (GOP 01752) -----

Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen i.Z. mit der
 Durchführung von Leistungen nach 01752, 01756 und 01758 (GOP 40852) -----

in der Screening-Einheit _____ PV: _____

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung:

Befunder gem. § 25 Abs. 2 Anlage 9.2 BMV-Ä

Bitte reichen Sie die folgenden Nachweise vollständig zusammen mit diesem Antrag ein.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Beizufügende Nachweise

- | | |
|---|--------------------------|
| Genehmigung
zur Ausführung und Abrechnung der "kurativen Mammographie"
nach der Vereinbarung zur kurativen Mammographie ----- | <input type="checkbox"/> |
| Bescheinigung
über die Fachkunde im Strahlenschutz gem. § 74 StrSchG i.V.m. § 47 StrSchV ----- | <input type="checkbox"/> |
| Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären
Kurs (MD-Kurs) zur Einführung in das Früherkennungsprogramm § 25 Abs. 2b ----- | <input type="checkbox"/> |
| Bestätigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme am Fortbildungskurs zur
Befundung (BM-Kurs) von Screening-Mammographieaufnahmen § 25 Abs. 2c ----- | <input type="checkbox"/> |
| Angeleitete Tätigkeit von mind. 40 Stunden an 5 Tagen in einem Referenzzentrum
oder in einer von der Kooperationsgemeinschaft als gleichwertig
anerkannten Einrichtung § 25 Abs. 2d ----- | <input type="checkbox"/> |

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Bei Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung sind vom Genehmigungsinhaber die Anforderungen an die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung nach § 25 Abs. 4 Buchstabe a) bis d) der Anlage 9.2 BMV-Ä zu erfüllen und gegenüber der KV Hessen nachzuweisen.
- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung oder des Zulassungsstatus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- 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.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Stempel