

Bitte zurücksenden an !

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



Lungenkrebs-Screening

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen für die Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Richtlinie zur Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), 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
Postfach 15 02 04 | 60062 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 Tätigkeit¹:

Vertragsarzt 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 2:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.
² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und /oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.



Leistungsspektrum

Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs GOP (01879) -----

Beratung bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs (GOP 01880) -----

Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung (GOP 01881) -----

Gemäß § 43 Abs. 4 KFE-RL erfülle ich die folgenden Voraussetzungen

ich bestätige, dass ich an einer Einrichtung gemäß § 43 Abs. 4 der KFE-RL tätig und ermächtigt bin an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die Tätigkeit erfolgt an folgender Einrichtung:

Name der Einrichtung, Anschrift, BSNR

