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 stationsersetzenden 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 Qualitätssicherungsmaßahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

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

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Julia Reinhardt
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.1@kvhessen.de

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

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

FÜR GESUNDHEIT