

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



Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe bei Veränderung des Standortes

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM)

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.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Heike Morbitzer
Tel 069 24741-6354/ -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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ _____ _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der 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 _____

Genehmigungsvoraussetzungen

Gemäß § 2 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sind Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig.

Sie ist zu erteilen, wenn der Arzt die Voraussetzungen nach den §§ 3 – 5 vollständig erfüllt.

Hiermit erkläre ich, dass am neuen Operationsstandort

- die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen nach § 4 QSV IVM sichergestellt sind.

Nutzungserklärung für die Durchführung von Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe

Hiermit bestätige ich, dass meine OP-Einrichtung

von Frau / Herrn Dr. med. _____

für die Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren genutzt werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel **andere Praxis, Krankenhaus,
MVZ oder OP-Zentrum**

→ Bitte die getroffene schriftliche Vereinbarung, die Sie zur Nutzung der OP-Räume berechtigt, in Kopie diesem Antrag beilegen.

Erklärungen und Hinweise

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 8 Abs. 2 QSV IVM einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.



- 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 bei angestellten Ärzten

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ

Stand: März 2022