

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 unbefristeter 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. 3 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

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Bescheinigung<br>über die Fachkunde im Strahlenschutz gem. § 74 StrSchG i.V.m. § 47 StrSchV ..... | <input type="checkbox"/> |
| 3000 Befundungen innerhalb von 12 Monaten unter Supervision nach § 25 Abs. 3 .....                | <input type="checkbox"/> |
| Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung der Fallsammlung gem. Anhang 5 Nr. 1 .....              | <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