

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 Vertretung des Programmverantwortlichen Arztes

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

- Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (GOP 01750) -----
- Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs (GOP 01751)-----
- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen (GOP 01752) -----
- Abklärungsdiagnostik (GOP 01754) -----
- Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen (GOP 01758)-----
- Sachkosten bei Durchführung der Leistungen nach GOP 01750 (GOP 40850)-----
- Kostenpauschale f. die gegebenenfalls erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen
i. Z. mit der Durchführung von Leistungen nach GOP 01752, 01756, 01758 (GOP 40852)-----

in der Screening-Einheit _____ PV: _____

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung:

Programmverantwortlicher Arzt gem. § 24 Abs. 1 der 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
über die Fachkunde im Strahlenschutz gem. § 74 StrSchG i.V.m § 47 StrSchV -----

Genehmigung
zur Ausführung und Abrechnung der "kurativen Mammographie".
nach der Vereinbarung zur kurativen Mammographie -----

Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme am Fortbildungskurs gem. Anhang 2 Nr. 4
zur Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen § 24 Abs. 1c -----

Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von
Screening-Mammographieaufnahmen § 24 Abs 1 d -----

Beizufügende Nachweise zur Ultraschalldiagnostik gem. § 26 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä

Genehmigung
zur Ultraschalldiagnostik der Mamma nach der Ultraschall-Vereinbarung -----

Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme am Fortbildungskurs
gem. Anhang 2 Nr. 5 zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen § 26 Abs. 1 b -----

Bescheinigung
vom Leiter des Referenzzentrums über die Anzahl der selbständig durchgeführten
Ultraschalluntersuchungen der Mamma unter Anleitung sowie die Anzahl der darin
enthaltenen Karzinomfälle § 26 Abs. 1 c -----

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 zur Biopsie unter Ultraschallkontrolle gem. § 27 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä

Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme am Fortbildungskurs (BI-Kurs)
gem. Anhang 2 Nr. 6 zur Durchführung von Biopsien § 27 Abs. 1a -----

Bescheinigung
vom Leiter des Referenzzentrums über die Anzahl der selbständig durchgeführten
Stanzbiopsien der Mamma unter Anleitung § 27 Abs. 1b -----

**Fortbildungskurs für Programmverantwortliche Ärzte
gem. Anhang 2 Nr. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä**

Bescheinigung
des Referenzzentrums über die Teilnahme am Fortbildungskurs
gem. Anhang 2 Nr. 2 für Programmverantwortliche Ärzte § 5 Abs. 5e -----

**Tätigkeit im Referenzzentrum gem. § 5 h
der Anlage 9.2 BMV-Ä**

Zeugnis
über die Tätigkeit im Referenzzentrum -----

Erklärungen und Hinweise

- Bei Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung sind vom Genehmigungsinhaber die Anforderungen an die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung nach § 24 Abs. 3 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