

Bitte zurücksenden an!

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

KV + KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Mammographie-Screening

Gemeinsamer Antrag auf Verlegung des Standorts

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

Screening-Einheit (SE): _____ ME _____

Persönliche Angaben 1. PV

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zum bisherigen Mammographie-Standort

Bezeichnung _____

Adresse _____

 _____  _____  _____

PV 1: BSNR: _____ NBSNR: _____

PV 2: BSNR: _____ NBSNR: _____

Hiermit beantragen wir die Verlegung der oben genannten Mammographie-Einheit an folgenden **neuen Standort**:

Bezeichnung _____

Adresse _____

 _____  _____  _____

Als Standort zur Erstellung von Mammographie-Aufnahmen -----

Als Standort der Abklärungsdiagnostik -----

Neuer Standort geplant ab _____

Beendigung des alten Standorts zum _____

Genehmigungsvoraussetzungen

Voraussetzungen an die Praxisausstattung
gem. § 31 Nr. 1 und 2 sowie § 32 Nr. 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 - Erstellung

Grundriss

Es muss jeweils mindestens ein Raum zur Anmeldung und als Warteraum für die Frauen sowie ein raum für die Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen vorhanden sein. Die Räume müssen eine organisatorische Einheit bilden, indem sie direkt miteinander verbunden sind und ein eigenständiger Zugang besteht. -----

Öffnungszeiten

Die Räume müssen an mindestens drei Arbeitstagen pro Woche ausschließlich für die Erstellung von Screening-Mammographieaufnahmen zur Verfügung stehen -----

Beizufügende Nachweise - Abklärung

Grundriss

Es muss jeweils mindestens ein Raum zur Anmeldung und als Warteraum für die Frauen sowie ein Raum für die Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik vorhanden sein. -----

Öffnungszeiten

Diese Räume müssen mindestens einmal pro Woche für die Dauer von mindestens vier aufeinanderfolgenden Stunden ausschließlich für die Durchführung der Abklärungsdiagnostik zur Verfügung stehen. -----

Beizufügende Nachweise - Praxisorganisation

Für die Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen und die Abklärungsdiagnostik muss Personal vorhanden sein, das während der o.g. (in § 31) festgelegten Zeiten für diese Aufgaben zur Verfügung steht. -----

Am neuen Standort werden folgende medizinische Fachangestellte mit der Erstellung von Mammographien betraut:

Name, Vorname _____

Erklärungen und Hinweise

- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung oder des Zulassungsstatus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Ich erkläre mit diesem Antrag mein Einverständnis, dass die KV Hessen die o.g. Einrichtung auf Einhaltung der Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä überprüfen oder überprüfen lassen kann.
- 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

.....
PV 1 Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

.....
Datum

.....
PV 2 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