

Name des Arztes : \_\_\_\_\_

Ort der Leistungserbringung: \_\_\_\_\_

**Zusatzinformation**  
**zur Beurteilung der Antragsunterlagen zum ambulanten Operieren**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

antragsbegleitend möchten wir, die Mitglieder der Kommission Ambulantes Operieren, um die Beantwortung einiger Fragen bitten, welche die Beurteilung der Antragsunterlagen für uns erleichtern:

**Welches Eingriffsspektrum soll durchgeführt werden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Anästhesieverfahren werden dabei eingesetzt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verfügen die genutzten Räumlichkeiten über eine netzunabhängige Stromquelle (Notstromversorgung)?**

- Ja
- Nein

**Besitzt eine/r Ihrer Mitarbeiter/innen Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten?** (Nur zu beantworten, wenn in Ihrer Praxis die Aufbereitung von Medizinprodukten – Aufbereitung der verwendeten Instrumente – stattfindet)

- Ja
- Nein

**Verfügt/en der/die Eingriffsraum/-räume über eine raumluftechnische Anlage?**

- Ja
- Nein

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung!*

---

**Ansprechpartner:** Frau S. Moor    Tel. 0385 7431 384  
Fax 0385 7431 66384  
Email SMoor@kvmv.de