

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen des **Mammographie-Screenings für den befundenden Arzt**

gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (KFE-RL) und der Anlage 9. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der derzeit gültigen Fassung

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

2. Die Antragstellung erfolgt

- für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)
 für

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet	Schwerpunkt
<input type="checkbox"/> niedergelassen (zugelassen), <input type="checkbox"/> angestellt, <input type="checkbox"/> ermächtigt seit: _____ Datum	

4. Ort der Leistungserbringung:

- Betriebsstätte Nebenbetriebsstätte¹ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten:

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

Tel./Fax/E-Mail

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

6. Screening-Einheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Screening-Einheit 1, Greifswald
- Screening-Einheit 2, Schwerin
- Screening-Einheit 3, Neubrandenburg
- Screening-Einheit 4, Rostock

7. Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Befristete Genehmigung
- Unbefristete Genehmigung

Bitte beachten Sie, dass die unbefristete Genehmigung nur erteilt werden kann, wenn zuvor eine befristete Genehmigung erteilt worden ist.

- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen (GOP 01752 EBM)
- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz (GOP 01758 EBM)
- Versandkostenpauschale bzw. Wegepauschale für die Teilnahme an Konsensus- oder Fallkonferenz im Zusammenhang mit 01752 und 01758 (GOP 40852 EBM)

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

8. Fachliche Befähigung gemäß §25 Anlage 9.2 BMV-Ä

Befristete Genehmigung:

- Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 RöV und ggf. Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutz-Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 RöV
- Nachweis über die fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der „kurativen Mammographie“ gemäß der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (Anhang 2 Nr. 4)
- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr.1
- Bescheinigung über die Tätigkeit von mindestens 40 Stunden an fünf aufeinanderfolgenden Arbeitstagen in einem Referenzzentrum

Bitte beachten Sie, die in der Anlage 9.2 BMV-Ä definierte Kursreihenfolge.

Unbefristete Genehmigung:

- Nachweis über die Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 3000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
Die Aufnahmen müssen gemäß § 25 Abs. 3 a Anlage 9.2 BMV-Ä zusätzlich durch den Programmverantwortlichen Arzt befundet werden (Supervision).
- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen zum Nachweis der fachlichen Befähigung



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Zustimmung zur Aufnahme der Tätigkeit durch den Programmverantwortlichen Arzt

Dem oben genannten Antrag von Frau/Herrn _____
Zur Aufnahme der Tätigkeit für die im Antrag benannte Screening-Einheit gemäß § 16 Abs.1
der Anlage 9.2 BMV-Ä wird zugestimmt.

Ort/Datum

Unterschrift Programmverantwortlicher Arzt

Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen
vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung
- die Teilnahme an den festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die
Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewähr-
leistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitäts-
sicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen
Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen
der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellende/r Ärztin/Arzt
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel