

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Biopsien im Rahmen des Mammographie-Screenings**

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  Nebenbetriebsstätte<sup>1</sup>  ausgelagerte Praxisstätte<sup>2</sup>

**5. Kontaktdaten:**

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes<sup>3</sup>

Tel./Fax/E-Mail

<sup>1</sup> Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

<sup>2</sup> Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

<sup>3</sup> solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

---

**6. Screening-Einheit** (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)

- Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (GOP 01755 EBM)
- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz (GOP 01758 EBM)

Bitte beachten Sie, dass für die Vakuumstanzbiopsie (GOP 01759) ein separater Antrag gestellt werden muss.

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 §27 Anlage 9.2 BMV-Ä**

- 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
- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr.1
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien gemäß Anhang 2 Nr.6
- Bescheinigung über die selbständige Durchführung von mindestens 10 Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums oder durch einen vom Referenzzentrum bestellten Arzt
- Bescheinigung über die selbständige Durchführung von mindestens 10 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle und mindestens 10 Kalibrierungen des Zielgerätes unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums oder durch einen vom Referenzzentrum bestellten Arzt

**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



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

---

### 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 gewährleistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitätssicherungskommission 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