

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Beurteilung histopathologischer Präparate 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
------------	-------------

niedergelassen (zugelassen), angestellt, 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

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)

- Histologische Untersuchungen eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials (GOP 01756 EBM)
- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eine durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust (GOP 01757 EBM)
- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenzen (GOP 01758 EBM)
- Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen (GOP 40100 EBM)
- Versandkostenpauschale bzw. Wegepauschale für die Teilnahme an Konsensus- oder Fallkonferenz im Zusammenhang mit 01758 (GOP 40852 EBM)

8. Fachliche Befähigung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung histopathologischer Präparate
- Nachweis über die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen
- Nachweis über die Möglichkeit der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung von in Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens 10 Jahre sowie über die Möglichkeit der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose

Bitte beachten Sie, die in der Anlage 9.2 BMV-Ä §27 definierte Kursreihenfolge.

- Bescheinigung über die selbstständige histopathologische Beurteilung von mindestens 100 Mammakarzinomen und mindestens 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren vor Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms.



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