

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung
Frau Tesch
Postfach 16 01 45
19091 Schwerin



(Arztstempel)

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
der Phototherapeutischen Keratektomie**
gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK mit Wirkung ab 01.10.2007

Anforderungen an die Fachliche Befähigung nach § 3 der Vereinbarung

1. Ich führe die Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“.
2. a) Ich habe 10 phototherapeutische Keratektomien mit dem Excimer-Laser selbständig durchgeführt.

Nachweis erfolgt über die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weiterer Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind

oder

2. b) Ich habe 10 Eingriffe mittels eines Excimer-Lasers selbständig durchgeführt und weise die Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema PTK von mindestens 2 Stunden Dauer nach.

Nachweis erfolgt über die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weiterer Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind

Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am Kurs liegt bei

Anforderungen an die Apparative Ausstattung gemäß § 4 der Vereinbarung

Ich verfüge über einen Excimer-Laser, welcher geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen. Das Lasergerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz.

Bescheinigung des Herstellers ist beigelegt

Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die Indikationsstellung und Dokumentation der Phototherapeutischen Keratektomie gemäß § 5 der Vereinbarung zu erfüllen. Ich erkläre meine Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 7 der Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller