Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Ahrens
Tel. 0385/7431-378
FAX 0385/7431-66-378
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Arztstempel

Antragsteller/-in:
Name, Vorname: _____

Praxis- bzw. Krankenhausanschrift oder MVZ

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Fachärztin/
Facharzt für:_____

BSNR: _____

LANR: _____

Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung:

☐ Zulassung ☐ Anstellung ☐ persönliche Ermächtigung Krankenhausarzt

Tätigkeit außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung*:

☐ Anstellung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer ermächtigten Einrichtung

☐ Selbstständig privatärztlich tätig in eigener Praxis

*Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte haben neben der Abrechnungsgenehmigung für das Zweitmeinungsverfahren eine **bedarfsunabhängige Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren beim Zulassungsausschuss** zu beantragen.

Für folgende Eingriffe beantrage ich die Erbringung der Zweitmeinung:

☐ **Cholezystektomie –** Entfernung der Gallenblase

Nicht umfasst sind

- Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe

Fachliche Qualifikation des Zweitmeiner, § 7 Abs. 2 bis 4 Zm-RL

Ich bin Facharzt für: ☐ Innere Medizin und Gastroenterologie

☐ Allgemeinchirurgie

☐ Viszeralchirurgie

☐ Kinder- und Jugendchirurgie oder

☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

☐ Ich bestätige, dass ich im Rahmen meines Fachgebiets eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit oder im Umfang entsprechende Teilzeittätigkeit im Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert habe.

☐ Urkunde liegt der KVMV bereits vor ☐ Zeugnisse/ Bescheinigung sind beigelegt

Folgende Voraussetzungen werden von mir erfüllt:

Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

☐ gesetzliche Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V bzw. § 136 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

oder

☐ Ich bestätige, dass ich eine entsprechende Anzahl an Fortbildungspunkten bei der Ärztekammer erworben habe (Punktekontoauszug der Ärztekammer beilegen).

und

☐ eine Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

oder

☐ eine erteilte akademische Lehrbefugnis

Verbindliche Erklärung des Zweitmeiners

Hiermit bestätige ich, dass meine Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 S. 2 SGB V vereinbar ist. Des Weiteren erkläre ich im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 7 Abs. 1 gemäß der Zm-RL verbindlich, dass finanzielle Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalten von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem Interessenverband solcher Hersteller nicht vorliegen.

Anforderungen an den Zweitmeiner

Die Anforderungen des § 7 Abs. 5 Zm-RL unter Bezug auf § 27b Abs. 1 S. 2 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen, mir ist bekannt dass ich bei Patienten, bei denen ich eine Zweitmeinungsberatung durchgeführt habe, nicht selber operiere.

Zustimmung Datenweitergabe

Ich bin einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der Homepage der KVMV veröffentlicht werden.

Hinweis zur Genehmigungserteilung

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß 27 Absatz 2 SGB V (Zm-RL) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Mecklenburg-Vorpommern zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

_____

Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ/Krankenhausverwaltung
Stempel