

*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



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.

*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)*

Für folgenden planbaren Eingriff beantrage ich die Erbringung der Zweitmeinung:

Gebärmutterentfernungen (Hysterektomie*)

*(Ausnahmen sind maligne Erkrankungen, diese sind vom Zweitmeinungsverfahren ausdrücklich ausgenommen)

Nachweis der folgenden Voraussetzungen:

Ich bin Facharzt für:

Frauenheilkunde- und Geburtshilfe

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.

Fortbildungspflicht

Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V oder §136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist erfüllt (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

oder

Anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten von der zuständigen Landesärztekammer wurde erworben (Punktekontoauszug der Ärztekammer beilegen)

und

Weiterbildungsbefugnis

Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

oder

eine erteilte akademische Lehrbefugnis

Verbindliche Erklärung des Zweitmeiner

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.

*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)*

Zustimmung Datenweitergabe

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVMV bzw. die Krankenhausgesellschaft MV auf frei zugänglichen, regional oder überregional betriebenen Informationsplattformen über meine Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren informieren – dazu gehört insbesondere die Veröffentlichung des Arztnamens, der Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer), die Fachgebietsbezeichnung und das Zweitmeinungsthema gemäß der Vorgaben nach § 9 Abs. 2 der Zweitmeinungsrichtlinie.

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 Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ/Krankenhausverwaltung
Stempel