

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115b SGB V und Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM

Bitte zurücksenden an:

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Moor
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin**

Arztstempel

Antragstellung erfolgt für:

- mich
 eine angestellte Ärztin / einen angestellten Arzt (Name: _____)

Die Durchführung von folgenden Eingriffen nach § 115b SGB V ist beabsichtigt:

- Operationen
 kleinere invasive Eingriffe
 invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
 Endoskopien
 Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle (nur Augenärzte)

Nachweis der fachlichen Befähigung:

Ich bin Facharzt für:

- Urkunde liegt der KVMV bereits vor Zeugnisse/Bescheinigungen sind beigelegt.

Die Eingriffe gemäß § 115b SGB V werden erbracht:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> in eigener Praxis | <input type="checkbox"/> in der Praxis eines Kollegen |
| <input type="checkbox"/> in einem OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> in einem Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ | <input type="checkbox"/> in der Praxis des anstellenden Arztes |

Falls nicht in den Praxisräumen operiert wird - Adresse der OP-Räume:

.....
.....

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115b SGB V und Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM

Nachweis der räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen:

- Hiermit wird erklärt, dass die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen nach den §§ 4-6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren am Ort der Leistungserbringung erfüllt sind.

Erklärung / Verpflichtung:

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Gegebenheiten in meiner Praxis / des OP-Zentrums / des Krankenhauses/MVZ nach vorheriger Absprache durch die Kommission Ambulantes Operieren gemäß § 7 der Vereinbarung daraufhin überprüft werden können, ob diese den Bestimmungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren vom 28.11.2011 entsprechen.

Sollte die Einverständniserklärung zu einer Begehung verweigert werden, so nehme ich davon Kenntnis, dass dem Antragsteller die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115b SGB V (Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM, Leistungen in Anlage 1 Abschnitt 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V, sowie für die in Anlage 1 Abschnitt 2 und 3 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannten EBM-Leistungen) versagt oder widerrufen werden kann.

JA NEIN

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Mecklenburg-Vorpommern zulässig ist.**

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift des Eigentümers der Praxis/des OP-Zentrums/
der Krankenhausverwaltung bzw. des Leiters des MVZ)