

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Koloskopie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen nach den Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (ÄNDERUNG DES STANDORTES/ZULASSUNG) Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 15. Juni 2012

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Antje Andres
Tel 069 24741-6584
Fax 069 24741-68819
gs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen wurde durch die KV Hessen bereits erteilt.

Betriebsstättennummer: _____

Bescheid vom _____

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Bescheid vom _____

Nebenbetriebsstättennummer: _____

Bescheid vom _____

Der Antrag wird gestellt wegen

- Änderung der BSNR
- Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in neuen Praxisräumen (Ort der Leistungserbringung – Adressänderung)
- Erweiterung der Genehmigung auf weitere Betriebsstätten
- Änderung des Zulassungsstatus

Die fachliche Qualifikation wurde der KV Hessen gegenüber bereits nachgewiesen.

ja nein

Apparative Voraussetzungen

Gem. § 5 der QS-Vereinbarung zur Koloskopie sind folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt:

Anforderungen an die apparative Notfallausstattung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Absaugvorrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Sauerstoffversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Rufanlage | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anforderung zu endoskopischen Zusatzinstrumentarien

- Ich verwende sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium und bestätige, dass hierfür ein Sterilisationsgerät eingesetzt wird.
- Ich verwende kein sterilisierbares Zusatzinstrumentarium.

Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

Der Nachweis über die erste erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität ist beigefügt. ja nein

Die Koloskopien werden durchgeführt:

in eigener Praxis mit BSNR

durch Mitbenutzungsmöglichkeit:

in der Praxis mit BSNR

im Krankenhaus / MVZ / OP-Zentrum:

(Bitte die Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben mit einreichen.)

Hinweis

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Hiermit erkläre ich nach § 8 der Vereinbarung, mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen Gegebenheiten durch die von der KV Hessen beauftragte Arbeitsgemeinschaft / Qualitätssicherungskommission.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

- Hiermit erkläre ich die Auflagen zur Aufrechterhaltung der gem. § 6 der Vereinbarung einzuhalten und an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Vereinbarung teilzunehmen.
- Ich bestätige die Übernahme der Kosten für die Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Vereinbarung.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes