

Bitte zurücksenden an!

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 2  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



### Mammographie-Screening

#### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen als Krankenhausarzt

gem. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der gültigen Fassung und Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) in der gültigen Fassung

*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.*

Qualitätssicherung  
Team 2

Tel 069 24741-7300  
Fax 069 24741-68832  
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 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 \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit :**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

in MVZ

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
Ermächtigung

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-  
Assistent

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

**Leistungsspektrum**

Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gem. § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä (GOP 01758) -----

in der Screening-Einheit \_\_\_\_\_ PV: \_\_\_\_\_

## Genehmigungsvoraussetzungen

### Fachliche Befähigung:

Genehmigungsvoraussetzungen und einzureichende Unterlagen  
 gem. § 29 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä (KH-Chirurgen)  
 gem. § 29 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä (KH-Radiologen)  
 gem. § 29 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä (KH-Pathologen)

Bitte reichen Sie die folgenden Nachweise vollständig zusammen mit diesem Antrag ein.

*Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.*

### Fachliche Voraussetzungen für Chirurgisch tätige Krankenhausärzte

#### Beizufügende Nachweise

- Urkunde  
 über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Chirurgie“,  
 „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ oder „Plastische Chirurgie“ -----
- Bescheinigung  
 des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären  
 Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm § 29 Abs. 1b -----

### Fachliche Voraussetzung für Radiologisch tätige Krankenhausärzte

#### Beizufügende Nachweise

- Urkunde  
 über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“  
 oder, „Frauenheilkunde“ und Geburtshilfe -----
- Bescheinigung  
 des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das  
 Früherkennungsprogramm § 29 Abs. 1b -----
- Bestätigung  
 über technische Möglichkeit der radiologisch gezielten Lokalisation und  
 der Präparat-Radiographie mit Vergrößerungstechnik -----

***Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.***

## Fachliche Voraussetzungen für Pathologisch tätige Krankenhausärzte

### Beizufügende Nachweise

- Urkunde  
über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“ -----
- Bescheinigung  
des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären  
Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm § 29 Abs. 1b -----
- Bescheinigung  
über die Teilnahme am Fortbildungskurs zur Beurteilung der  
histopathologischen Präparate gem. Anhang 2 Nr. 7 -----

### Erklärungen und Hinweise

- Bei Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung sind vom Genehmigungsinhaber die Anforderungen an die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung nach § 29 Abs. 1 bis 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä (entsprechend der jeweiligen Fachrichtung) zu erfüllen und gegenüber der KV Hessen nachzuweisen.
- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung oder des Zulassungsstatus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Hinweis für Ärzte, 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.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind.  
Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

#### Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ  
(Institut/Klinik/Krankenhaus)  
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Stempel