

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 Pathologe

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

Histologische Untersuchungen (GOP 01756) -----

Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 01756 (GOP 01757) -----

Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz (GOP 01758)-----

Kostenpauschale f. die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen i.Z. mit
 der Durchführung von Leistungen nach GOP 01752, 01756, 01758 (GOP 40852)-----

in der Screening-Einheit _____ PV: _____

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung:

Pathologische Untersuchungen gem. § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä

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.

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
des Referenzzentrums: Fortbildungskurs gem. Anhang 2 Nr. 7
zur Beurteilung der histopathologischen Präparate § 28 Abs. 1c -----
- Bestätigung
über die Anzahl der selbstständig durchgeführten
histopathologischen Beurteilungen § 28 Abs. 1f -----
- Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen -----
- Möglichkeit der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung
von Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens 10 Jahre -----
- Möglichkeit der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose -----

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.

Erklärungen und Hinweise

- Bei Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung sind vom Genehmigungsinhaber die Anforderungen an die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung nach § 28 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä 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 Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

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

.....
Stempel