

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von interstitieller LDR-Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

| |
|--|
| |
|--|

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

| |
|--|
| |
| |

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Fachrichtung

| |
|--|
| |
|--|

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Urologie
- Strahlentherapie

Hinweis: Die entsprechende Urkunde ist dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde
- Genehmigung der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz, Amt für Arbeitsschutz, nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchG

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Zusätzliche Anforderungen

- Mir ist bekannt, dass die interstitielle LDR-Brachytherapie gemäß Anlage I Nr. 35 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig ist.

- Ich verpflichte mich, die Mindestanforderungen nach § 5 Abs. 2 (Durchführung eines Patientenaufklärungsgespräches) und Abs. 3 (Aushändigung der Patienteninformation) sowie gemäß § 6 Abs. 2 (Information über die Notwendigkeit einer Postimplantationskontrolle) der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil bei jedem Behandlungsfall zu erfüllen und in der Patientenakte zu dokumentieren.

- Ich verpflichte mich, umgehend nach Erhalt den Nachweis über die Aktualisierung der o.g. Fachkundebescheinigung bei der KV Hamburg vorzulegen.

Rechtlicher Hintergrund

Anlage I Nr. 35 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in der aktuell gültigen Fassung
Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil in der aktuell gültigen Fassung

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenene Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

| | |
|--|--|
| BAG | Datum ab |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

(Name des Anstellenden)

| | |
|--|--|
| Name, Vorname des Angestellten | Anstellungsdatum |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Hinweis: Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

| |
|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/> |
|--|

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel