

Arztstempel

Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von bildwandlergestützten oder CT-gesteuerten Interventionen

Hinweis:

Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

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

Die Antragsstellung erfolgt für

Name, Vorname, Titel	LANR

Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab:

Organisatorische Anforderungen

Für die Ausführung und Abrechnung von bildwandlergestützten Interventionen oder CT-gesteuerten Interventionen werden besondere Anforderungen an die räumliche Ausstattung gestellt.

Sofern die Interventionen in eigenen Räumlichkeiten ausgeführt werden, reichen Sie bitte die Erklärung zum ambulanten Operieren (Seite 2) ein. Sofern diese in anderen Räumlichkeiten ausgeführt werden, reichen Sie bitte die Bestätigung des OP-Betreibers (Seite 3) ein.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie) in der aktuell gültigen Fassung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Name in Druckbuchstaben

Erklärung
gemäß 115b SGB V ambulantes Operieren bei computertomographischen oder radiologischen Untersuchungen

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- CT- gesteuerte Interventionen
- bildwandlergestützte Interventionen

Hiermit erkläre ich, dass die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- räumliche Ausstattung,
- die apparativ-technischen Voraussetzungen,
- das Instrumentarium und die Geräte sowie
- die Arzneimittel

von mir für die o. g. Untersuchung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011 (in der jeweils gültigen Fassung).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**
Praxisstempel

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift **Angestellter**

Name in Druckbuchstaben

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn _____ unsere OP-Raum-Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

Datum

Stempel und Unterschrift
des OP-Betreibers