

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von zytologischen Leistungen

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

Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Gynäkologie
- Pathologie

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Nachweis über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor
- Nachweis über die persönlichen Befundungen von mindestens 5000 Fällen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, davon mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen

Hinweis: Die Teilnahme an einer Präparateprüfung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung ist obligat.

Ärztliches und nichtärztliches Personal für die Präparatebefundung

Die Zeugnisse oder Nachweise über die Qualifikation der Präparatebefunder sind dem Antrag beigefügt:

--

Name	Qualifikation (ZTA oder MTA-L)
------	--------------------------------

--

Name	Qualifikation (ZTA oder MTA-L)
------	--------------------------------

--

Name	Qualifikation (ZTA oder MTA-L)
------	--------------------------------

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung erfüllt sind:

- Die Ausstattung der zytologischen Arbeitsplätze entspricht den Vorgaben des § 5 vollumfänglich

Insgesamt habe ich zytologische Arbeitsplätze eingerichtet.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Die Präparatebefundung erfolgt nach den Vorgaben des § 6
- Die in § 10 genannten Maßnahmen zur internen Praxisorganisation werden durchgeführt und beibehalten
- Jeder Präparatebefunder befundet durchschnittlich nicht mehr als 10 Präparate pro Stunde
- Die Arbeitszeiten der/des Präparatebefunder(s) sind der KV Hamburg mitzuteilen
- Die Präparatebefundung erfolgt ausschließlich nach der "Münchener Nomenklatur III"

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen. Die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € 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 Verwaltungstätigkeiten 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/der 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 Unterschriften Bevollmächtigten. 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