

Arztstempel
-------------

## Meldung einer Operationsraumeinrichtung (nur für Anästhesisten)

### Allgemeine Hinweise:

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:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

Die Operationen werden in folgender (n) Operationseinrichtung (en) durchgeführt:

(Bitte Namen und Anschrift angeben)

- in meiner Praxis/im MVZ \_\_\_\_\_
- in der Nebenbetriebsstätte (Filiale) \_\_\_\_\_
- in der Praxis eines Kollegen \_\_\_\_\_
- in einem Krankenhaus \_\_\_\_\_
- in einem OP-Zentrum \_\_\_\_\_

### **Anforderungen an die Praxisausstattung**

**Ich bestätige, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung nach § 6 erfüllt sind.**

**Es sind folgende Nachweise beizufügen: (entfällt bei Mitbenutzung)**

- **Bauplan (Bauskizze der Praxis)**
- **Hygieneplan**

## **Einverständniserklärung**

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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragssteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

**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