

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

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Abklärungskolposkopie

**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/ oder 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](mailto: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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Qualifikationsnachweise

- Nachweis über die Teilnahme an einem 8-stündigen Basiskolposkopiekurs und ein Nachweis über die Teilnahme an einem 14-stündigen Kurs für Fortgeschrittene
- Nachweis von Kenntnissen operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen oder zervikalen Veränderungen (Bitte Fort- oder Weiterbildungsnachweise beilegen)
- Nachweis von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva vor. Davon müssen mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome aus den letzten zwölf Monaten sein. Zum Nachweis legen Sie bitte Ihren persönlichen Einzelnachweis (tabellarische Aufstellung durchgeführter Kolposkopien nach Anlage 3) bei

ODER

- Alternativ gilt dieser Nachweis als erbracht, wenn eine klinische Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik, über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten nachgewiesen wird

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen

## Anforderungen an die Praxisausstattung

**Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:**

- Die Einrichtung ist mit einem gynäkologischen Stuhl ausgestattet
- Das Kolposkop verfügt mindestens über zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie über eine Lichtquelle. Hierbei müssen analoge Geräte eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen. Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen.

**Bitte füllen Sie die beiliegende Erklärung zur apparativen Ausstattung aus.**

## Organisatorische Anforderungen

**Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:**

- Eine Kooperationsvereinbarung mit folgender Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist:

Bitte Name der Einrichtung und Anschrift eintragen:

## 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 Abklärungskolposkopie entsprechen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von 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 Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## 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**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

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

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**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

Anlage zum Antrag "Abklärungskolposkopie"

### Erklärung zur apparativen Ausstattung (Kolposkop)

Für die Durchführung der beantragten Abklärungskolposkopie wird folgendes Gerät eingesetzt:

Herstellerfirma: \_\_\_\_\_  
(Adresse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bezeichnung lt. Herst: \_\_\_\_\_  
Baujahr: \_\_\_\_\_

Vergrößerungsstufen/ \_\_\_\_\_  
Vergrößerungen: \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen  
**erfüllt**

#### 1. Analoges Gerät

Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit

#### 2. Analoges-Digitales-Kombisystem

Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit  
(digitales Foto- oder Videokolposkop)

#### 3. Digitales Gerät

Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich

Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit

Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom  
Hersteller/Vertreiber über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt\*

Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter  
Bilddruck eines abnormen Befundes ist beigefügt\*

*\*\* = Die Vorlage ist bei digitalen Geräten zwingend erforderlich!*

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers