

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kapselendoskopie bei Erkrankungen im Dünndarm

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) 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

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Antragspflichtige Leistungen

- die Indikationsstellung und Applikation von Dünndarm-Kapselendoskopien
- die Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- Zeugnisse/Bescheinigungen über die selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, innerhalb von einem Jahr vor Antragsstellung

Zusätzliche Voraussetzungen für die Indikationsstellung und Applikation:

- Zeugnisse/Bescheinigungen über Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertungen unter Anleitung

oder

- Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs

Zusätzliche Voraussetzungen für die Auswertung:

- Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen

Das Zeugnis / die Zeugnisse müssen von einem zur Weiterbildung befugten Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie unterzeichnet sein.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Aufklärung der Patienten im Hinblick auf die durchzuführende Untersuchung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und besonderer Verhaltensanforderungen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung
- Durchführung einer Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung
- Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen
- Der Patient kann mindestens 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel den durchführenden Arzt erreichen

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 zur Dünndarm-Kapselendoskopie entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie)

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.):

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

Adresse:	
Eigentümer des Gerätes:	

Das im Anhang befindliche Formular liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.

Gerätenutzung in einem ausgelagerten Praxisteil

- Der ausgelagerte Praxisteil und das genutzte Gerät sind der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.):

- Ich möchte das Gerät in einem ausgelagerten Praxisteil nutzen.
(Zusätzlich ist das Antragsformular „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ auszufüllen)

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

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

Praxisstempel