

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - Abteilung Qualitätssicherung

Telefon: 0211 - 5970 8472 - Fax: 0211 - 5970 33228 - E-Mail: Mammographie-Screening@kvno.de

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag möglichst per Email zurück!

Antrag auf Genehmigung Mammographie-Screening / histopathologische Untersuchungen

Name, Vorname:

LANR:

BSNR:

Anschrift (Bitte nur angeben, soweit Sie über keine lebenslange Arztnummer (LANR) verfügen oder den Schriftwechsel über eine andere Adresse als über Ihre Praxisadresse führen möchten.)

ggf. Krankenhaus:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Name Screening-Einheit:

Programmverantwortlicher Ärzte (PVA) / Programmverantwortliche Ärztinnen (PVÄ):

Name:

I. Die Genehmigung wird für folgende Leistung beantragt:

a) EBM-Nrn. 01756 und 01757: Durchführung von histopathologischen Untersuchungen

b) EBM-Nr. 01758: Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen

II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- a) Folgende Unterlage liegt der KV Nordrhein bereits vor:
- meine Facharzturkunde
- b) Meinem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung sind folgende Unterlagen beigefügt:
- Gemäß § 28 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä)
- der Nachweis über eine Teilnahme am multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm (Anhang 2 Nr. 1)
 - der Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung der histopathologischen Präparate (Anhang 2 Nr. 7)
- c) Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen ist vorhanden
- d) Möglichkeit der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung von in Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens zehn Jahre ist gegeben; Möglichkeit der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose ist vorhanden;
- e) Der Nachweis über selbständige histopathologische Beurteilung von mindestens 100 Mammakarzinomen und mindestens 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren vor Aufnahme der Tätigkeit i. R. des Früherkennungsprogramms

Ich verpflichte mich zur Erfüllung der Auflagen nach § 20 und § 28 der Anlage 2 des BMV-Ärzte.

Bei Krankenhausärzten: Wir bitten zu beachten, dass Sie außerdem eine Ermächtigung beim Zulassungsausschuss für Ärzte beantragen müssen.

Datum

Unterschrift Antragsteller / anstellender Arzt

Vertragsarztstempel

Datum

Unterschrift angestellte/r Arzt/Ärztin