

Arztstempel

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANZEIGE ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe
(gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

Gemäß § 3 Abs. 1 o. g. Vereinbarung haben Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung Eingriffe gemäß § 115 b SGB V erbringen wollen, eine Erklärung gegenüber der zuständigen KV abzugeben, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen.

Angaben zur Person

Titel, Name, Vorname:

LANR (Lebenslange Arztnummer):

Gebietsbezeichnung / Fachkunde:

Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift

Straße:

PLZ, Ort:

BSNR:
(Betriebsstättennummer)

NBSNR:
(Nebenbetriebsstättennummer)

Telefon:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)
(sofern nicht in eigener Praxis, bitte Kooperationsvertrag/- vereinbarung beifügen)

in ausgelagerten Praxisräumen (Nebenbetriebsstätte)

.....

in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)

.....

im Krankenhaus

.....

im MVZ

.....

im OP-Zentrum

.....

Durchführung ambulanter Operationen ab/seit:

Organisatorische, bauliche, apparativ-technische, hygienische Anforderungen und Notfälle (nach §§ 6 und 7)

Art der Durchführung ambulanter Eingriffe (nach § 6 Abs. 5)

- Operationen; Kategorie 1 (§ 6 Abs. 4, Nr. 1)
- Kleinere invasive Eingriffe; Kategorie 2 (§ 6 Abs. 4, Nr. 2)
- Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen; Kategorie 3 (§ 6 Abs. 4, Nr. 3)
- Endoskopien; Kategorie 4 (§ 6 Abs. 4, Nr. 4)
- Laserbehandlungen; Kategorie 5 (§ 6 Abs. 4, Nr. 3 und Abs. 6)

Einverständniserklärung (nach § 10)

Sofern im Rahmen der Qualitätssicherung eine Praxisbegehung erforderlich sein sollte, gebe ich hierzu mein Einverständnis.

Erklärung (nach § 3)

Ich/wir erkläre/n, dass ich /wir alle Vorgaben nach den Abschnitten B und C der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V erfülle/n.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / Leiters

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes