

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. D § 8 Abs. 4 - 6 der oKFE-Richtlinie des G-BA

(gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie))

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (Bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP 01765 des EBM - Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

Fachliche Befähigung gemäß § 3 QSV Abklärungskolposkopie

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

und

- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs von 8 Stunden und einem Fortgeschrittenenkurs von 14 Stunden (Kolposkopiediplom)

und

- Nachweis von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherter Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten

oder

- Nachweis einer klinischen 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

und

- Nachweis von Kenntnissen operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen.
Hinweis: Diese Anforderung gilt durch die Vorlage des Kolposkopiediploms der AG CPC als erfüllt.

Dysplasie-Sprechstunden und Dysplasie-Einheiten:

- Die Anforderungen an die fachliche Befähigung sowie die jährlichen Frequenzzahlen gelten für Ärzte **bei Vorlage eines entsprechend gültigen Zertifikats der AG CPC**, als erfüllt.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative und räumliche Ausstattung gemäß § 4 QSV Abklärungskolposkopie

- Kolposkop mit mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach und Lichtquelle

und

- Analoge Geräte müssen eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen. Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen.

Hinweis: Bitte Anlage 1 zum Antragsformular „Angaben zum eingesetzten Gerät“ ausfüllen und den Antragsunterlagen beifügen.

und

- gynäkologischer Stuhl

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie führen können.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KV Thüringen den Nachweis der Erfüllung der in den §§ 4 bis 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie genannten Anforderungen verlangen kann.

Mir ist bekannt, dass die KV Thüringen die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.