

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 kardiorespiratorischen Polygraphie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen – Schlafapnoe-Vereinbarung)

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 kardiorespiratorischen Polygraphie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP 30900 des EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 4 der Schlafapnoe-Vereinbarung)

- Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

oder

- Facharzt für Allgemeinmedizin

oder

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

oder

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

oder

- Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

oder

- Facharzt für Neurologie

oder

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

oder

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

oder

- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt

oder

- Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

oder

- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

und

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen, der während der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert sein muss

Der Nachweis muss folgendes beinhalten:

Die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphie-Systemen.

Der Kursleiter leitet seit mindestens 3 Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt.

siehe Bescheinigung vom

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative Voraussetzungen (gem. § 5 der Schlafapnoe-Vereinbarung)

Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen bitte das separate Geräteformular (Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie) ausfüllen.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Schlafmedizin der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

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 kardiorespiratorischen Polygraphie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
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 von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie 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.