

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 von Leistungen stereotaktischer Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen (SRS)

(„Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie“ & „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, Nr. 40 und 41“)

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 von Leistungen stereotaktischer Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen		
25322	Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS)	<input type="checkbox"/>
25323	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25322 für die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von mehr als einem Zielvolumen	<input type="checkbox"/>
25348	Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie nach der Gebührenordnungsposition 25322	<input type="checkbox"/>

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 9 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie und gem. § 3, Nr. 40 und 41 der Anlage I Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung
<i>Info: Fachärzte für Strahlentherapie mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der strahlentherapeutischen Leistungen, benötigen zur Antragstellung lediglich die Gerätenachweise.</i> |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung |
| <input type="checkbox"/> und erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium . |

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative Voraussetzungen (gem. § 12 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie und gem. § 3, Nr. 40 und 41 der Anlage I Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Bitte fügen Sie dem Antrag auf stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen die Anlage 1 (Gerätemeldung) ausgefüllt bei.

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS

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

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Radiologie der KV Thüringen die apparative Ausstattung in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie" entspricht.

Mir ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie Änderungen an der behördlichen Genehmigung nach StrlSchG unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Von den derzeit gültigen Bestimmungen über die Durchführung radiologischer Untersuchungen habe ich Kenntnis genommen. Desgleichen von den Vorschriften über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Mir ist bekannt, dass der Indikationsstellung eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach § 13a der Vereinbarung von Strahlendiagnostik- und Therapie, zugrunde liegen muss, siehe auch RL MvV GBA Anlage I, Nummer 40 und 41.

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 von Leistungen stereotaktischer Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen 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 stereotaktischen Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen 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.