

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANZEIGE auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe

(gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V)

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in einer Zweigpraxis (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 ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid beifügen)

Organisatorische, bauliche, apparativ-technische, hygienische Anforderungen und Notfälle
(nach §§ 4 bis 6)

Art der Durchführung ambulanter Eingriffe (nach § 6 Abs. 2 und 3)

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

Einverständniserklärung (nach § 7 Abs. 4)

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 § 135 Abs. 2 SGB V erfülle/n.

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

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

Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen räumlichen Voraussetzungen nach §§ 4-6 der derzeit gültigen Vereinbarung 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 ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe 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 ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen 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.kvt.de, Thema Datenschutz.