Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Haukrebs-Screenings

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

☐ mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)

☐ folgenden Angestellten

Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: *www.kvbawue.de/histopathologie-hks*

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

☐ Histopathologische Untersuchungen im Rahmen des Haukrebs-Screenings {HHS1}

Fachliche Befähigung nach § 3

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Pathologie

und

☐ Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten

davon

☐ mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung

oder

☐ Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum (zertifiziert durch acht Fortbildungspunkte)

oder

☐ Nachweis einer vom Umfang her entsprechenden KV-zertifizierten Fortbildung

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermatohistologie

und

☐ Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten

davon

☐ mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung

oder

☐ Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum (zertifiziert durch acht Fortbildungspunkte)

oder

☐ Nachweis einer vom Umfang her entsprechenden KV-zertifizierten Fortbildung

Nachweise: Zeugnisse und Bescheinigung bitte beifügen.

Apparative Ausstattung und Archivierung nach §4

Ich verfüge über die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen sowie folgender Archivierungsmöglichkeiten:

- Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens sechs Wochen
- Aufbewahren von Gewebeblöcken für mindestens zwei Jahre
- Aufbewahren der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens zehn Jahre

Erklärungen

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung mit der Auflage erteilt wird, folgende Voraussetzung zu erfüllen und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich nachzuweisen:

Persönliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten.

Ich erkläre, die ärztliche Dokumentation nach Anlage 1 in der Abfolge der nummerierten Textblöcke zu erstellen und im Rahmen der Stichprobenprüfungen auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen.



Ich versichere, in Fällen einer nicht eindeutigen Diagnose bei einem anderen Arzt, der mindestens die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllt, eine Zweitmeinung einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Qualitätssicherungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in meiner Praxis überprüfen kann.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code