

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Beurteilung histopathologischer Präparate im Rahmen des Mammographie-Screenings

gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (KFE-RL) und der Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils derzeit gültigen Fassung

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin) <input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs	
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 01756 EBM - Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials
- GOP 01757 EBM - Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust
- GOP 01758 EBM - Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz
- GOP 40100 EBM - Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen
- GOP 01752, 01756, 01758 EBM - Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen oder GOP 40852 EBM - Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien

Screening-Einheit

- Screening-Einheit 01, Kapweg 3, 13405 Berlin
- Screening-Einheit 02, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
- Screening-Einheit 03, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin
- Screening-Einheit 04, Schloßstraße 88, 12163 Berlin

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 27 Anlage 9.2 BMV-Ä

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung histopathologischer Präparate
- Nachweis über die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen
- Nachweis über die Möglichkeit der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung von in Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens 10 Jahre sowie über die Möglichkeit der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose

Bitte beachten Sie die § 27 Anlage 9.2 BMV-Ä definierte Kursreihenfolge.

- Bescheinigung über die selbständige histopathologische Beurteilung von mindestens 100 Mammakarzinomen und mindestens 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren vor Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms

Zustimmung zur Aufnahme der Tätigkeit durch den Programmverantwortlichen Arzt

Dem oben genannten Antrag von Frau/Herrn _____
zur Aufnahme der Tätigkeit für die im Antrag benannte Screening-Einheit gemäß § 16 Abs. 1 der Anlage
9.2 BMV-Ä wird zugestimmt.

Berlin, den _____

1. Programmverantwortlicher Arzt/Stempel

ggf. 2. Programmverantwortlicher Arzt/Stempel

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung**
- **die Teilnahme an den festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen.**

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des Mammographie-Screenings **erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig** ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. Anlage 9.2 BMV und der KFE-RL. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)