



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 562 / - 284, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung von Leistungen zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen im Rahmen des Mammographie-Screenings für den pathologisch tätigen angestellten und ermächtigten Krankenhausarzt**

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

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_  
(Name des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

ermächtigter Arzt.

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich eine Genehmigung im Rahmen des Mammographie-Screenings zur Abrechnung der folgenden Leistungen

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach der EBM-Nr. 01758
- 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 nach der EBM-Nr. 40100
- Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752, 01756 und 01758 oder Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien nach der EBM-Nr. 40852

im Rahmen der Tätigkeit für die Screening-Einheit

1,  2,  3,  4.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Erforderliche Nachweise gemäß der Anlage 9.2 BMV-Ä sind:**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“ (§ 29 Abs. 3 a).
  - ist beigefügt **oder**
  - wird nachgereicht
- Bescheinigung über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 (§ 29 Abs. 3 b).
  - ist beigefügt **oder**
  - wird nachgereicht
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung der histopathologischen Präparate gemäß Anhang 2 Nr. 7 (§ 29 Abs. 3 c).
  - ist beigefügt **oder**
  - wird nachgereicht



### **ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG:**

Ich verpflichte mich hiermit, die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und den Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä (z.B. Kooperation, Dokumentation, Datenübermittlung) zu erfüllen sowie an den in den Vorschriften der Anlage 9.2 BMV-Ä festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Leistungserbringung erfolgreich teilzunehmen (Verpflichtung gemäß § 17 Abs. 1, § 20, § 21 Abs. 3 und § 38 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä).



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

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

**Bitte beachten Sie folgenden Hinweis zur Antragsbearbeitung:**

**Unvollständig ausgefüllte Antragsformulare, fehlende Nachweise sowie Verweise auf bereits vorliegende Unterlagen verzögern das Bearbeitungsverfahren!**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + Praxisstempel

.....  
evtl. Unterschrift Ärztlicher Leiter

**Zustimmung zur Aufnahme der Tätigkeit für die o.g. Screening-Einheit durch mindestens einen der Programmverantwortlichen Ärzte der jeweiligen Screening-Einheit:**

Hiermit stimme(n) ich/wir als Programmverantwortliche/r Ärzte/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 zu.

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift 1. Programmverantwortlicher Arzt

.....  
ggf. Unterschrift 2. Programverantwortlicher Arzt