



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 6 A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 284
☎ (030) 31003 - 50730
✉ QS-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der kurativen Mammographie

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie (QSV Mammographie)

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

Betriebsstättennummer (BSNR) _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <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 Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____ Datum _____ Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

- Kurative Mammographie (GOP 34260, 34270, 34271, 34272, 34273 EBM)

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Bei mehreren vorhandenen Nebenbetriebsstätten bzw. Geräten an weiteren Standorten (z. B. üBAG) bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft inkl. Angabe der Nutzungszeiten ist beigefügt

Adresse

Bei mehreren vorhandenen ausgelagerten Praxisräumen oder Apparategemeinschaften bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der kurativen Mammographie zu erbringen?

- ja (Kopie des Bescheides ist beigefügt)

- Das Einverständnis, dass die KV Berlin Informationen von der KV _____ einholen darf, wird erklärt.

Bitte KV-Bereich eintragen

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 § 3 i.V. m. § 14 der Mammographie-Vereinbarung

- Facharzturkunde für „Radiologische Diagnostik“ oder „Diagnostische Radiologie“ oder „Radiologie“ oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ mit der Zusatzbezeichnung „Röntgendiagnostik der Mamma“



Apparative Ausstattung

Folgende Einrichtung(en) zur Mammographie sind vorhanden bzw. geplant:

Gerät 1

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme: _____

Analoges Mammographiesystem Digitales Mammographiesystem

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr. _____

Geräteeigentümer: _____

Bestätigung über eine [Apparategemeinschaft](#) inkl. Nutzungszeiten ist beigelegt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)

Gerät 2

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme: _____

Analoges Mammographiesystem Digitales Mammographiesystem

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr. _____

Geräteeigentümer: _____

Bestätigung über eine [Apparategemeinschaft](#) inkl. Nutzungszeiten ist beigelegt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)



Verpflichtungen und Hinweise

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

- **Verpflichtung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung gemäß Abschnitt D und F der Mammographie-Vereinbarung**
(Beurteilung einer Fallsammlung; Überprüfung der ärztlichen Dokumentation)

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 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 der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung kurative Mammographie. 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)



Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung kurative Mammographie entsprechen, wird erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller