



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 Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust

Antragsteller _____ Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	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 _____ Datum	_____ Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom _____ Sitzungsdatum, sofern bekannt	_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle im Rahmen:

- der kurativen Versorgung (GOP 34274, 34275 EBM)
 des Mammographie-Screenings (GOP 01759 EBM)

Zur Ausführung und Abrechnung der Leistung nach GOP 01759 ist zusätzlich die Genehmigung zur Teilnahme am Mammographie-Screening nach Anlage 9.2 des BMV-Ä erforderlich.

Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft inkl. Nutzungszeiten ist beigefügt

Adresse

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

Fachliche Nachweise gemäß § 3 i.V.m. § 12 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

Im Rahmen der kurativen Versorgung (GOP 34274, 34275 EBM)

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung **und**

Nachweis durch Zeugnisse nach §12 Abs.1 über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung

Zum Inhalt der Zeugnisse beachten Sie bitte §§ 3 (2), 12 (1) der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust.



Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 12 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

Im Rahmen des Mammographie-Screenings (GOP 01759 EBM)

Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä

ODER

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä **und**

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung

Zum Inhalt der Zeugnisse beachten Sie bitte §§ 3 (2), 12 (1) der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust.

Apparative Nachweise gemäß § 4 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

Die folgenden apparativen Voraussetzungen werden erfüllt:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11G oder dicker sowie passende Mikroklips
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung
- Möglichkeit zur Reanimation und manuellen Beatmung

Angaben zur Röntgeneinrichtung

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme: _____

Biopsiefähiges digitales Mammographiesystem

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr. _____

Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung (nicht älter als 5 Jahre) **und**

Genehmigung des Landesamts für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAGeSi) zum Betrieb der Röntgeneinrichtung (§ 3 RÖV/§ 12 StrlSchV)

ODER

Kopie der Geräteanzeige beim LAGeSi

Die Untersagung des Betriebs der Röntgeneinrichtung durch die Behörde ist nicht erfolgt.



Apparative Nachweise gemäß § 4 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust
- Fortsetzung -

- Geräteeigentümer: _____
- Bestätigung über eine [Apparategemeinschaft](#) inkl. Nutzungszeiten ist beigefügt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)



Verpflichtungen und Hinweise

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

➤ **Abschnitt C der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust**

u. a. Pflichten zur ärztliche Dokumentation, Stichprobenprüfungen

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV 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 QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust. 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 zur Vakuumbiopsie entsprechen, wird erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller