

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 / 31 003-684  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung für ambulantes Operieren einschließlich der Anästhesien

gemäß Vertrag nach § 115b SGB V sowie Verpflichtung zur Einhaltung der QSV nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über die Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

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

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
_____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes	

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

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



**Leistung**

Ambulantes Operieren bzw. Anästhesie (Kapitel I 31.2 EBM)

Fachärzte für Anästhesiologie

- ambulante Anästhesien

Fachärzte anderer operativ tätiger Fachgruppen

- ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen des Fachgebiets
- ambulante Laserbehandlung am Auge  
gilt nur für Fachärzte für Augenheilkunde

**Leistungsort**

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer  
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

- Nebenbetriebsstättennummer  
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei Operationsstandorten, listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.

**Voraussetzungen gemäß §§ 4, 5, 6 QSV ambulantes Operieren**

Es wird versichert, dass

- die organisatorischen Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 4 QSV sowie Notfälle in der Praxis sichergestellt werden.
- die hygienischen Voraussetzungen gemäß § 5 QSV sichergestellt werden.
- die räumlichen, apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 6 QSV sichergestellt werden.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren vollumfänglich Folge geleistet wird und ambulanter Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe nur im Rahmen des Fachgebietes vorgenommen werden.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens 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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Ambulantes Operieren. 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 Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß § 7 der QSV zum ambulanten Operieren erklärt.**

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter  
vom OP-Betreiber zu unterschreiben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift OP-Betreiber