

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 der Biopsien unter Röntgenkontrolle 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, Bevollmächtigte | 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"/> erneute Antragstellung im Rahmen der Folgeermächtigung |
| Genehmigung beantragt zum | _____ |
| | Datum |
| Zulassungsbeschluss der Sitzung vom | _____ |
| | Sitzungsdatum, sofern bekannt |

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 01755 EBM - Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik
- GOP 01758 EBM - Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Zur Abrechnung der GOP 01759 ist zusätzlich ein Antrag auf Leistungen der Vakuumbiopsie zu stellen.

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

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Chirurgie“, „Diagnostische Radiologie“ oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien
- Bescheinigung über die selbständige Durchführung von mindestens 10 Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums oder durch einen vom Referenzzentrum bestellten Arzt
- Bescheinigung über die selbständige Durchführung von mindestens 10 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle und mindestens 10 Kalibrierungen des Zielgerätes unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums oder durch einen vom Referenzzentrum bestellten Arzt
- Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutz-Fachkunde nach § 48 StrlSchV (§ 18a Abs. 1 und 2 RöV)

Ermächtigte angestellte Krankenhausärzte fügen Folgendes bei:

Erstmalige Ermächtigung

- Nachweis über die technische Möglichkeit der radiologisch gezielten Lokalisation und der Präparateradiographie mit Vergrößerungstechnik

Folgeermächtigung

- Nachweise über die Erfüllung der Auflage aus dem Ermächtigungsbeschluss für den vorangegangenen Ermächtigungszeitraum

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)