

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
ab: _____.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Qualifikation gemäß § 3

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Augenheilkunde.
 - Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

- Mit dem als Anlage beigefügten Zeugnis, welches von einem im vollen Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes unterzeichnet ist, weise ich die selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer altersabhängigen Makuladegeneration oder/und einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu einer photodynamischen Therapie, innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren vor Antragstellung auf die Genehmigung nach.

und

- Mit dem als Anlage beigefügten Zeugnis, welches von einem im vollen Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes unterzeichnet ist, weise ich die selbstständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund innerhalb von fünf Jahren vor der Antragstellung unter Anleitung nach.

oder

- Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer, der innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung absolviert wurde, nach.
- Die inhaltlich vermittelten Kenntnisse zur Indikationsstellung und Durchführung der PDT sowie die Anforderungen an den Kursleiter entsprechen den Vorgaben nach § 3 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen gemäß § 4

- Ich verfüge über ein Lasergerät (Photoaktivator).
- Mit der als Anlage beigefügten Gewährleistungserklärung des Herstellers weise ich nach, dass ich zur sachgerechten Durchführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ein Lasergerät mit CE-Kennzeichnung verwende, welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff ausreichend zu aktivieren.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der PDT-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Leistungserbringung sowie an die Dokumentationen gemäß §§ 5 und 6 der PDT-Vereinbarung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die apparative Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte