

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen**

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 zur Durchführung und Abrechnung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen für Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 11.4.2 des EBM gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Molekulargenetik.

Die beantragten Leistungen werden unter folgender Anschrift erbracht:

Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung

der Kassenärztlichen Vereinigung _____

am: _____ erhalten.

Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

Humangenetik

Laboratoriumsmedizin

Facharzt für _____ und Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“

Fachwissenschaftler der Medizin

Nachweis der organisatorischen Voraussetzungen

Ich verpflichte mich, gegenüber bzw. in Zusammenarbeit mit der verantwortlichen ärztlichen Person* zu Folgendem:

(*Als verantwortliche Person wird in dieser Vereinbarung – gemäß § 3 Nr. 5 GenDG – derjenige Vertragsarzt bezeichnet, der molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen veranlasst und ggf. durchführt.

Ich stelle ein Verzeichnis meiner molekulargenetischen Leistungen und schriftliche Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial zur Verfügung.

Ein entsprechendes Muster füge ich dem Antrag bei.

Ich gewährleiste eine strukturierte Zusammenarbeit mit der verantwortlichen ärztlichen Person* durch Bereitstellung indikationsbezogener Auftragshinweise.

Ein entsprechendes Muster füge ich dem Antrag bei.

Bei unklaren Konstellationen führe ich eine konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung mit der verantwortlichen ärztlichen Person* durch.

Interne und externe Qualitätssicherung

Nach den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

- verfüge ich über ein System zur internen Qualitätssicherung und
- nehme ich regelmäßig an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuchen) teil und dokumentiere die Ergebnisse in der Jahresstatistik.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die Durchführung, Organisation, die interne und externe Qualitätssicherung, die Indikationsstellung, die ärztliche Dokumentation und die elektronische Jahresstatistik gemäß §§ 4-8 zu erfüllen. Ich verpflichte mich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z.B. der anlassbezogenen Stichprobenprüfung nach Anlage 1 Nr. 10 der Vereinbarung.
2. Mit der Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes 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 Qualitätssicherungsvereinbarung in der Betriebsstätte, in der die molekulargenetischen Untersuchungen durchgeführt werden zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

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