

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings
und des Screenings auf Mukoviszidose**

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 und Abrechnung von Labor-untersuchungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings nach der EBM-Nr. 01724 und des Screenings auf Mukoviszidose nach den EBM-Nrn. 01725, 01726 und 01727 gemäß Abschnitt C I. und II. der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung

Der KV: _____ am: _____ erhalten.

Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

Nachweis der fachlichen Qualifikation gemäß § 24

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

Facharzt für: _____

Ich verfüge über die Fachkunde Laboruntersuchung

Ich verfüge über die Zusatzweiterbildung fachgebundene Labordiagnostik

Die Urkunde/n liegt/en der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage/n beigelegt.

und

Mit dem/als Anlage beigelegten Zeugnis/Bescheinigung weise ich die persönliche Erfahrung in der Erbringung von 20.000 Tandemmassenspektrometrien innerhalb des letzten Jahres vor Genehmigungserteilung nach.

oder

Mit dem/r als Anlage beigelegten Zeugnis/Bescheinigung weise ich die persönliche Erfahrung in der regelmäßigen Erbringung von Tandemmassenspektrometrien innerhalb der letzten zwei Jahre vor Genehmigungserteilung nach.

Die Screeningsuntersuchungen werden in folgendem Labor durchgeführt:

Anschrift: _____

Das Labor erfüllt die Anforderungen nach § 5 Abs. 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 Gendiagnostikgesetz (GenDG).

Nachweis der Anforderungen an das Labor gemäß §§ 25 und 39

Folgende Anforderungen werden vom o.g. Labor erfüllt:

- Es werden mindestens 50.000 Erstscreeningsproben innerhalb eines Jahres untersucht.

ggf. Anmerkung: _____

organisatorisch-apparative Voraussetzungen:

- Die Ausstattung mit entsprechenden technischen Einrichtungen zur Durchführung der Untersuchungen wird vorgehalten.
- Dem Labor steht entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung.
- Zum Nachweis dieser organisatorisch-apparativen Voraussetzungen ist die Bestätigung über die Akkreditierung für medizinische Laborleistungen durch die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS GmbH) beigefügt.
- Der Versand der Filterpapierkarten an die Einsender der Proben wird gewährleistet.
- Ein Verzeichnis der nächsterreichbaren Zentren mit pädiatrischen Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit wird vorgehalten und vierteljährlich aktualisiert.
- Aktuelle Listen mit Mukoviszidose-spezialisierten Einrichtungen werden vorgehalten.

Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen gemäß Abschnitt C I. „Erweitertes Neugeborenen-Screening“ und II. „Screening auf Mukoviszidose“ der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) betreffend die korrekte Leistungserbringung, die Voraussetzungen an das Labor gemäß §§ 25 und 39, die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung (u.a. jährlicher Qualitätsbericht) gemäß §§ 26 und 40 sowie an die Dokumentation nach §§ 27 und 41 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 § 23 Abschnitt C der Kinder-Richtlinie) durchzuführen, um sich vom Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen im Labor, in der die Screeninguntersuchungen durchgeführt werden, zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung insbesondere betreffend die organisatorisch-apparativen Voraussetzungen 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