

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen
der Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle**

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 Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Bitte Zeugnisse und Bescheinigungen beifügen.

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie gemäß Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

oder

- Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV oder Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

und

- 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle (selbstständige Indikationsstellung und Durchführung)
- 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung

Gemäß § 3 Abs. 1 sind insbesondere Zeugnisse vorzulegen, welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Patientenspektrums der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
- Zahl der selbstständig durchgeführten Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle unter Anleitung
- Zahl der selbstständig durchgeführten Vakuumbiopsien unter Anleitung
- Beurteilung der fachlichen Befähigung zur selbstständigen Indikationsstellung und Durchführung von Vakuumbiopsien

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Folgende apparativen Voraussetzungen sind zu erfüllen und gegenüber der KVSA nachzuweisen:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert

Hersteller: _____

Gerät: _____

- Hersteller- und Gerätebeschreibung sind dem Antrag als Anlage beigefügt
- Hersteller- und Gerätebeschreibung werden nachgereicht
- Hersteller- und Gerätebeschreibung wurden bereits nachgewiesen durch: _____ und liegen der KVSA vor.
- TÜV-Bericht und Betriebserlaubnis sind dem Antrag als Anlage beigefügt.
- TÜV-Bericht und Betriebserlaubnis werden umgehend nachgereicht.
- Jede Veränderung der apparativen Voraussetzungen teile ich unverzüglich mit.
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
 - Herstellernachweis ist dem Antrag als Anlage beigefügt
- Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips

Ich nutze die Geräte als **Eigentümer**

- In den Räumen der eigenen Praxis
- außerhalb der eigenen Praxis/ ggf. Nebenbetriebsstätte

Anschrift: _____

Ich nutze die Geräte **in Apparategemeinschaft**

Eigentümer: _____

Anschrift: _____

- Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

Bei Standort der Geräte außerhalb der eigenen Praxis:

Die Entfernung/Fahrzeit beträgt: _____

von meinen Praxisräumen zum Standort der Geräte: _____ km

in der Regel durchschnittlich: _____ Minuten

Erklärungen

Ich versichere die Richtigkeit der im Antragsformular gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, schriftlich mitteilen.

Gemäß § 11 (3) der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung durch die zuständige Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt der apparativen Gegebenheiten, ob sie den Bestimmungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust entsprechen.

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