



Erklärung

zur **Sachstandserhebung** aufgrund der zum 01.04.2018 neu in Kraft getretenen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 SGB V zur Erbringung von **speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin** (QSV Spezial-Labor)

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber abzugeben!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Diese Erklärung gilt für mich	für den angestellten Arzt
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG sowie Anschrift (bitte immer ausfüllen)	in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG
	Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll

Anforderungen an die Einrichtung (§ 4 der QSV Spezial-Labor)

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung labormedizinischer Untersuchungen nur zulässig ist, wenn die Anforderungen der Rili BÄK erfüllt sind, d. h. insbesondere:

- Es wird ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem vorgehalten.
- Für die angebotenen Verfahren und Analysen wird eine kontinuierliche interne Qualitätssicherung durchgeführt, sofern diese einer solchen nach der Rili BÄK unterliegen.
- Die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt.
- Es wird eine externe Qualitätssicherung durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen durchgeführt.

Persönliche Leistungserbringung

Ich bestätige, dass der Teil 3 der Befunderhebung (§ 25 Bundesmantelvertrag Ärzte) nicht bezogen wird, sondern nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung von mir selbst erbracht wird.

Ich verpflichte mich, die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 4 und 5 der QSV Spezial-Labor zu erfüllen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis,

- dass die Kommission Einsicht in die von mir zu erstellenden Dokumente gemäß § 5 der QSV Spezial-Labor nimmt.
- dass die KVWL die zuständige QS-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung dahingehend zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QSV Spezial-Labor entsprechen.
- zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Geräteverzeichnis zur Erbringung von Leistungen der Abschnitte 32.3 bzw. 1.7 EBM

Verzeichnis der Geräte unter Angabe des Namens, des Herstellers, der Typenbezeichnung, und Seriennummer sowie des Standortes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 der QSV Spezial-Labor)

1. Gerätebezeichnung 2. Hersteller	Typenbezeichnung	Seriennummer	Standort (Angabe der Betriebsstättennummer bzw. genaue Bezeichnung und Adresse der ausgelagerten Praxisstätte)
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			
1.			
2.			

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die beantragte/n Laborleistung/en wird/werden in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt.
- liegt der KVWL bereits vor. (Für den Arzt, der die beantragte/ Leistung/en ausführen soll)

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen hat der Leistungserbringer der KV unverzüglich anzuzeigen. Beachten Sie bitte, dass ausgelagerte Praxisräume nur von den Versicherten in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese zuvor die Vertragsarztpraxis des Leistungserbringers aufgesucht haben; ein „Erstkontakt“ in den ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zulässig.

	Vertragsarztsitz des Antragstellers (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	Ort der Leistungserbringung (ausgelagerte Praxisräume)
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:

Es handelt sich um die Räume der Berufsausübungsgemeinschaft eigenen Räume
des MVZ des Klinikums eines Kollegen

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des MVZ/Klinikums bzw. Name des Kollegen)

Entfernung zum Vertragsarztsitz: km **Fahrzeit**

Angaben zum Arzt, der in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden soll:

Leistungserbringer:

Zeitpunkt der Aufnahme

Leistungsspektrum in den ausgelagerten Praxisräumen:

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers / (ggf. Vertragsarztstempel)