



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Behandlung mit **interstitieller LDR-Brachytherapie** beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen

angestellt

persönlich ermächtigt

ab:

Anstellung

bei:

Facharztanerkennung

als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Ich bin Facharzt für

- Strahlentherapie
- Urologie

und

verfüge über eine von der Ärztekammer ausgestellte Fachkundebescheinigung für die Low-Dose-Rate-Brachytherapie. Diese ist in Kopie beigefügt.

und ggf.

Die Aktualisierung der Fachkundebescheinigung ist beigefügt (dies ist nur erforderlich, wenn die Fachkundebescheinigung älter als 5 Jahre ist).

Wenn Sie Fragen haben, setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Anforderungen an die Durchführung

Mir ist bekannt, dass die interstitielle LDR-Brachytherapie gemäß Anlage I Nr. 35 der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig ist.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die

- Mindestanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3 sowie gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie in jedem Behandlungsfall in der Patientenakte zu dokumentieren.
- Verlängerung der Genehmigung gemäß der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin unverzüglich der KV vorzulegen (§ 7 Abs. 3 Satz 3).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis

- zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**