



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

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 **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Genehmigung durch andere KV

Zutreffendes bitte ankreuzen

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch:

die Facharztbezeichnung „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

oder

eine Facharztbezeichnung in einem anderen operativ tätigen Fachgebiet

und

ein Zeugnis über die selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor In-Kraft-Treten der o. g. Richtlinie

oder

ein Zeugnis über die Durchführung der Liposuktion in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren unter Anleitung einer bereits erfahrenen Anwenderin oder eines bereit erfahrenen Anwenders.

Zur Anleitung berechtigt sind Anwenderinnen und Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben. Ein entsprechender Nachweis ist ggf. beizufügen.

Anforderungen an Organisation und Infrastruktur

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente vor Ort bereitgehalten.

und

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und stationäre Notfalloperationen sind möglich.

Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation und die kontinuierliche Möglichkeit zu stationären Notfalloperationen verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische bzw. operative Behandlung der Patientin durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt.

Ambulantes Operieren

Die Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V liegt bereits vor oder wurde beantragt.

Leistungsort

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

und/oder

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte
- im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit (im Klinikum)

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

und/oder

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

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

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

- ich die Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III, insbesondere zu Methode (§ 3), Diagnose und Indikationsstellung (§ 4) und ein-griffsbezogener Qualitätssicherung (§ 5 Abs. 4 und 5), kenne und beachte.
- ich der KVWL unverzüglich mitteilen werde, wenn ich die o. g. Voraussetzungen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten kann (§ 6 Abs. 4).
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

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



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

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

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich Angaben des Antragstellers:	für einen angestellten Arzt Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
LANR: <input type="text"/>	LANR: <input type="text"/>
Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes, der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

***Ausgelagerte Praxisräume** sind Standorte in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, an denen **spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** durchgeführt werden dürfen. Von einer räumlichen Nähe ist auszugehen, wenn der ausgelagerte Praxisraum vom Vertragsarztsitz aus innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann. Der Patientenerstkontakt muss am Vertragsarztsitz stattfinden.*

Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:			
Bezeichnung:	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen: Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
Entfernung zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
<input type="text"/>	km	<input type="text"/>	Fahrzeit

