



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung **strahlentherapeutischer Leistungen** gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(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!

Ich stelle den Antrag für mich		Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG	
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG (bitte immer ausfüllen)		Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll	
LANR:		LANR:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			

Fachkunde im Strahlenschutz

Die von der Ärztekammer ausgestellte Fachkundebescheinigung für die beantragten strahlentherapeutischen Verfahren ist beigefügt.

und ggf.

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

Apparative Ausstattung

Die vom Hersteller/Vertreiber vollständig ausgefüllte(n) und unterschriebene(n) Gewährleistungserklärung(en) Zutreffendes bitte ankreuzen

ist/sind dem Antrag beigefügt

wird/werden nachgereicht

liegt/liegen der KV bereits vor

Betriebserlaubnis

Für **Röntgen-Nah- und Röntgen-Weichstrahltherapie** sowie **Orthovolttherapie**

Für Antragsteller, die eine neue Praxis eröffnen, eine Praxis- bzw. Apparategemeinschaft gründen wollen oder in eine bereits bestehende Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zusätzlich einsteigen:

Die Betriebserlaubnis der zuständigen Bezirksregierung ist beigefügt

Die Betriebserlaubnis der zuständigen Bezirksregierung wird umgehend nachgereicht

oder

Es existiert bereits eine Betriebserlaubnis für die Bestrahlungseinrichtung. Die Einrichtung wird im Rahmen einer Bestellung zum Strahlenschutzbeauftragten genutzt.

Das Bestellungsschreiben ist beigefügt

Das Bestellungsschreiben wird nachgereicht

Umgangs- / Betriebsgenehmigung

Für die beantragten strahlentherapeutischen Verfahren **Caesium- und Kobaltbestrahlung bzw. Brachytherapie**

ist eine Umgangsgenehmigung der Bezirksregierung beigefügt

wird eine Umgangsgenehmigung der Bezirksregierung nachgereicht

Für die beantragten strahlentherapeutischen Verfahren mit einem **Teilchenbeschleuniger**

ist eine Betriebsgenehmigung der Bezirksregierung beigefügt

wird eine Betriebsgenehmigung der Bezirksregierung nachgereicht

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich jede Veränderung an der Apparatur und Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich mitteilen werde.
- bestätige ich, die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes sowie der Röntgenverordnung, der Strahlenschutzverordnung und die Richtlinien "Strahlenschutz in der Medizin" zu beachten.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 14 Abs. 4 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß den Anlagen I bis III dieser Vereinbarung entsprechen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die KVWL im Bedarfsfall die bei der ÄKWL vorliegenden Zeugnisse anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die
Leistungen durchführen möchte

Anlage zum Antrag "strahlentherapeutische Leistungen"

Angaben zum Leistungsort

Bitte unbedingt ausfüllen, soweit der/die Leistungsort(e) bekannt ist/sind.

1. Die Leistung wird an folgenden Standorten der **Praxis/Gemeinschaftspraxis/ des MVZ/des Krankenhauses** durchgeführt:

(Bitte um Angabe der Adresse und der genauen Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Sollte es sich bei dem Standort um ausgelagerte Praxisräume handeln, bitte die nächste Seite unter 2. ausfüllen.

A.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

B.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

C.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

D.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

und/oder

2. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

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.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

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



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)