



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Teilnahmeantrag des operierenden Augenarztes zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432 -81565

In Kenntnis der Vertragsinhalte erkläre ich hiermit die Teilnahme zu dem Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung zwischen der KVWL und den vertragsschließenden Krankenkassen für

mich: _____ für meinen angestellten Arzt: _____
(Name) (Name)

1. Ich bin bzw. mein angestellter Arzt ist Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Inhalte des Vertrages einschließlich der Anlagen bekannt und zugänglich; diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Die intravitrealen Injektionen werden in folgender Betriebsstätte erbracht:

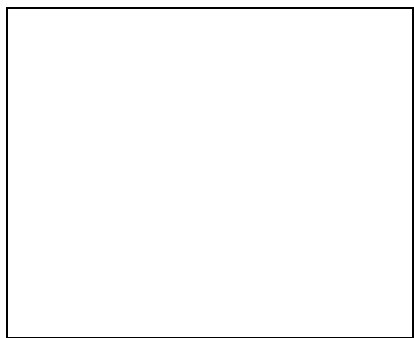
3. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme beigefügt (bitte entsprechend ankreuzen/Kopien beifügen, sofern diese der KVWL noch nicht vorliegen):
 - a. **Teilnahmebescheinigung** eines mindestens 4-stündigen Kurses zu PDT und/oder intravitrealen Medikamentenindikationen
 - b. **Bescheinigung** über die selbstständige Auswertung von mindestens 300 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differenzialdiagnostik pathologischer Veränderungen der Makulaerkrankungen oder 600 FLA des Augenhintergrundes; Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 200 intraokularen Eingriffen(ohne Lasertherapie) oder 200 intravitrealen Injektionen. Der Kursleiter muss mindestens 200 intravitreale Injektionen selbstständig durchgeführt und 2000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet haben.
 - c. **Bestätigung:** Durchführung der IVOM in einem Operationsraum, der die Anforderungen gem. § 6 Abs. (2) Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren nach § 135 Abs. (2) SGB V erfüllt
 - d. **Bescheinigung** des Haftpflichtversicherers über den Einschluss der intravitrealen Applikation von ausgeeinzelten Wirkstoffen und der Verwendung von Avastin außerhalb seiner Zulassung in den Versicherungsschutz,
 - e. **Bescheinigung** der mit dem Arzt kooperierenden Apotheke über das Vorliegen einer Haftung für ausgeeinzelte Wirkstoffe und der Möglichkeit einer validierten, aseptischen Herstellung unter einer LAF Werkbank.
4. **Spectral Domain-OCT (SD-OCT)**
Erbringung selbst
Selbständige Auswertung von mind. 200 SD-OCT-Fällen zur Beurteilung der Verläufe bei pathologischen Veränderungen - Gerätenachweis (Hersteller, Seriennummer, Anschaffungsdatum oder Rechnung über das SD- OCT, das angewandt wird)
und/oder (Beides möglich) durch Beauftragung/Kooperation

Alle von mir bzw. von meinem angestellten Arzt durchgeführten Leistungen im Rahmen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen werden über die KVWL abgerechnet. **Die Teilnahme gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.**

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel