

**Anlage 1****zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2013****Antrag auf Teilnahme- und Einwilligungserklärung**Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Abteilung Qualitätssicherung  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432-1569

**Wichtig:**

Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ UND – BSNR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer) (Betriebsstättennummer) Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft* niedergelassener Arzt  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ *Vertragsarzt / leitender Arzt*  
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Praxisanschrift

Telefonnummer

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**Name, Vorname des anstellenden Arztes: \_\_\_\_\_LANR: \_\_\_\_\_ UND – BSNR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer) (Betriebsstättennummer)Name, Vorname des angestellten Arztes: \_\_\_\_\_LANR: \_\_\_\_\_ UND – BSNR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer) (Betriebsstättennummer) Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ *angestellter Arzt seit/ab:* \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ) Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: \_\_\_\_\_**Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
soweit bereits vergeben: BSNR: \_\_\_\_\_ (Betriebsstättennummer)2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
soweit bereits vergeben: BSNR: \_\_\_\_\_ (Betriebsstättennummer)

## 1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach § 5 und des Leistungsumfangs nach § 8, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

## 2. Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVWL anzeigen.

## 3. Einverständniserklärung

Ich erkläre mich mit der Begehung meiner Praxisräume bzw. derjenigen Räume, in denen der Eingriff der Tonsillotomie erfolgen wird in dem Umfang entsprechend der QS-Vereinbarung Ambulante Operationen nach Maßgabe der Anlage 4 des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie zur Überprüfung der Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag einverstanden. Ich gestatte die Überprüfung bei Begehung und wirke in dem für die Begehung und Überprüfung erforderlichen Umfang mit. Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt.

## 4. Geräte

Für die Durchführung der Tonsillotomie verwende ich folgende/s gemäß dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie zugelassene/s Gerät/e:

- Lasergerät: CO<sub>2</sub> Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser (*nicht Zutreffendes bitte streichen*)
- Radiofrequenzgerät des Typs \_\_\_\_\_
- Coblationsgerät des Typs \_\_\_\_\_

Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, müssen folgende Nachweise - sofern diese der KVWL noch nicht vorliegen - eingereicht werden:

- Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Sachkundenachweis durch Absolvierung eines Laserschutz-Kurses, § 4 Absatz 3
- Kopie des Wartungsbelegs (bei eigenen Geräten) bzw. bei einem Neugerät Kopie des Kaufbelegs, § 4 Absatz 4 lit. c)

## 5. Selbstauskunft

Ich versichere, dass ich folgende Voraussetzungen erfülle und fortwährend gewährleiste:

- Bereitstellung und Einhaltung der erforderlichen baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Durchführung von Tonsillotomien gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V
- Sofern ich den Eingriff mittels Laser durchführe, Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

## 6. Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass

- mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer/Fax unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) veröffentlicht wird.
- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag sowie der Grund der Teilnahmebeendigung der BKK Diakonie mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVWL erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes