KVWL
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Im Dienst der Medizin.

Antrag

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

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 ***oder*** 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 Leer erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei. ☐

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen sind entsprechende Zeugnisse/ Bescheinigungen beigefügt. ☐

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Zeugnisse/Bescheinigungen sind der Vereinbarung MR-Angiographie zu entnehmen.

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

Zusätzliche Angaben (nur möglich, wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind)

Die MR-Angiographie der Becken- und Beinarterien soll

- durchgeführt werden ☐
- nicht durchgeführt werden. ☐

Organisatorische Voraussetzungen

Es wird gewährleistet, dass

- der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann. ☐
- zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden, die Erstellung von geeigneten Rekontruktionen (insbesondere maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation obligat ist und eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert wird. ☐

Notfallausrüstung

Es wird folgende Ausstattung vorgehalten:

- Frischluftbeatmungsgerät ☐
- Absaugvorrichtung ☐
- Sauerstoffversorgung ☐
- Rufanlage ☐

Apparative Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die vom Hersteller/Vertreiber vollständig ausgefüllte(n) und unterschriebene(n) Technischen Datenbögen / Gewährleistungsgarantie(n)

ist/sind dem Antrag beigefügt ☐

wird/werden nachgereicht ☐

liegt/liegen der KV bereits vor ☐

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich jede wesentliche Änderung der apparativen Ausstattung und zur Notfallausrüstung unverzüglich mitteilen werde.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 8 Abs. 4 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.
- erkläre ich, dass die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie nach § 6 der QS-Vereinbarung MR-Angiographie dokumentiert wird.
- 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
Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(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 "MR-Angiographie"

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 der KVWL 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)* ☐

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 ☐	für einen angestellten Arzt ☐
Angaben des Antragstellers:	**Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:**
LANR:	LANR:

Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,
der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:

Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

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.*

Genaue Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:

Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

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

	km		**Fahrzeit**

Angabe der *speziellen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen*

- Bitte benennen Sie jede Leistung genau und geben, wenn möglich zur eindeutigen Identifizierung der jeweiligen Leistung, die in dem ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden soll, die entsprechende Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder die Symbolnummer (SNR) an.
- **Nur für die ausschließliche Durchführung ambulanter Operationen reicht die Angabe „Leistungen des Kapitels 31.2. des EBM“.**
- **Sofern Laboruntersuchungen im ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden sollen, sind die jeweiligen GOP zwingend anzugeben.**

Leistung	GOP/SNR				

*Sollen weitere Leistungen erbracht werden, führen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt auf.

Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- in den ausgelagerten Praxisräumen kein Erstkontakt mit Patienten stattfinden wird. Der Patientenerstkontakt findet am Vertragsarztsitz statt.
- das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nach § 15 BMV-Ärzte erfüllt wird.

Ort u. Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Geschäftsführer des MVZ