



## A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
**kurativer Mammographien** 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 ab:  
**oder** persönlich ermächtigt

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  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 Mammographie-Vereinbarung zu entnehmen.

Unabhängig davon ist die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographie-aufnahmen nach Abschnitt C der Vereinbarung bzw. gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2.BMV-Ä zwingend vorgeschrieben.

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

### **Fachkunde im Strahlenschutz**

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

**und ggf.**

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

### **Apparative Ausstattung**

Der Sachverständigen-Prüfbericht mit Angaben zur technischen Ausstattung und die technischen Datenbögen/Gewährleistungsgarantie für die Mammographieeinheit sowie die Datenspeicherung und Bildbetrachtung

sind dem Antrag beigefügt

werden nachgereicht

liegen der KV bereits vor

**Nachweis der formellen Voraussetzungen nach dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) =  
Betriebserlaubnis - nur erforderlich bei eigener Apparatur -**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder die Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG

ist /sind beigelegt

wird/werden nachgereicht

liegt/liegen der KVWL bereits vor

**oder**

Ich erkläre, dass eine Untersagung des Betriebes durch die zuständige Behörde innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

**Eine spätere Untersagung ist der KVWL unverzüglich mitzuteilen.**

Um Probleme bei Übernahme einer Praxis oder beim Eintritt in eine Praxis mit einer Röntgeneinrichtung zu vermeiden, sollte sich der neue Praxisinhaber/-partner vor Vertragsabschluss bei dem Sachverständigen, der die Röntgeneinrichtung zum letzten Mal abgenommen hat oder bei der Bezirksregierung erkundigen, ob die Röntgeneinrichtung die im Genehmigungs-/Anzeigeverfahren gestellten aktuellen Anforderungen erfüllt.

**Mit meiner Unterschrift**

- bestätige ich, dass ich jede Veränderung an der Mammographieeinrichtung und Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich mitteilen werde.
- verpflichte ich mich, die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz der KVWL vorzulegen.
- bestätige ich, die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes, zu beachten.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 14 Abs. 7 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen 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**

**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 "kurative Mammographie"

## 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 oder sollen Leistungen im Rahmen einer Leistungserbringergemeinschaft oder im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit durchgeführt werden, bitte die nächste Seite unter 2., 3. bzw. 4. 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*)

**und/oder**

3. Die Leistung wird in einer **Leistungserbringergemeinschaft** durchgeführt  
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung: .....  
Anschrift: .....  
Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....  
BSNR (wenn bekannt): .....

Es ist zu beachten, dass nicht für alle radiologischen Leistungen auch die Möglichkeit für eine Leistungserbringergemeinschaft besteht. Hier bieten wir eine individuelle Beratung hinsichtlich des konkreten Ablaufs der Nutzung von Geräten innerhalb einer Leistungserbringergemeinschaft an.

**und/oder**

4. Die Leistung wird im Rahmen der **belegärztlichen Tätigkeit** (im Klinikum) durchgeführt

Bezeichnung: .....  
Anschrift: .....  
Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....  
BSNR (wenn bekannt): .....



## 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 <b>Angaben des Antragstellers:</b>		für einen angestellten Arzt <b>Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:</b>	
LANR:		LANR:	
<b>Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,</b> 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.*

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

