



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Behandlung der intravitrealen Medikamenteneingabe

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Ambulant: – intraokularer Eingriff der Kategorie Z1 bzw. Z9:

- Die Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt vor

ja **nein**

Belegärztlich: - durchgeführter intraokularer Eingriff

- Belegarztgenehmigung liegt vor

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe **nur** erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Augenheilkunde“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | |
| 2. Zeugnis über die selbständige Auswertung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde in vollem Umfang befugten Arztes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | |
| 3. Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| Nachweis von mindestens 200 selbständig durchgeführten OCT-Untersuchungen gelten die Voraussetzungen ebenfalls als erfüllt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | |
| 4. Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | |
| 5. Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach § 3 Nr. 5 durch | | |
| a. nach dem 01.01.2010 erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Indikationsstellung und Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| b. selbständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| c. eine erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer zur IVM. Der Kursleiter muss mindestens 200 IVM selbständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die räumlichen Anforderungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 QSV werden erfüllt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Die apparativ-technischen Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 QSV werden erfüllt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die hygienischen Anforderungen nach § 4 Abs. 2 QSV werden erfüllt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Verwendung sterilisierbarer Instrumentarien | | |
| a. Es wird folgendes Sterilisationsgerät eingesetzt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| <i>Firma, Typ, Baujahr (Bitte reichen Sie einen Nachweis ein.)</i> | | |
| oder | | |
| b. Es finden nur Einmal-Instrumentarien Verwendung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Für das Komplikationsmanagement werden passende Instrumentarien und ein Operationsmikroskop vorgehalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich:

1. Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 5 QSV zu erfüllen.
2. Teilnahme an einer stichprobenhaften Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 QSV.
3. mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Brandenburg die Erfüllung der Anforderungen gemäß § 8 der o.g. Vereinbarung in meiner/unserer Praxis überprüfen kann.

V. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am erhalten. Eine Kopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie mich bzw. uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Praxisinhaber bzw.
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

Hinweis:

Die beantragten Behandlungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.