

## Antrag auf Genehmigung:

### Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

#### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).
- Im Rahmen dieser Genehmigung ist die Erstellung einer Jahresstatistik notwendig. Hierzu muss die Praxis über einen KV-SafeNet-Anschluss verfügen (s. Anlage 1 der Vereinbarung).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

#### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

#### Antrag auf Genehmigung im Rahmen der Dünndarm-Kapselendoskopie zur Durchführung **-bitte beifügen-**

##### Auswertung

- Ich habe Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes durchgeführt.

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

## Applikation

- Ich habe Erfahrung in der Applikation und Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes.

**oder**

Ich habe an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopie-Kurs teilgenommen.

---

### Fachliche Voraussetzungen\* -bitte beifügen-

- Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“

**oder**

- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“

---

### Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Herstellererklärung im Sinne des § 4

---

### Organisatorische Voraussetzungen

- Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 5 werden erfüllt

---

### Erklärung

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß § 9 Abs. 7 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer entsprechenden Überprüfung.
- Ich erkläre, dass die ausführende Person eine selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, **innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung** durchgeführt hat.

---

### Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_ Angestellte Person