

Antrag auf Genehmigung: Intravitreale Medikamenteneingabe (QS-Vereinbarung IVM)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, 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.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 8 Abs. 1 Nr. 2 und 3 aufgeführt.
- Mögliche Übergangsregelungen entnehmen Sie bitte § 10.

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. _____

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Gebietsbezeichnung Augenheilkunde
- Selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund

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

- Selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung
oder
- Selbstständige Durchführung von mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund

Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen

- Die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gemäß § 4 werden erfüllt und vorgehalten.
- In Fällen, in denen sterilisierbare Instrumentarien Verwendung finden, wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt.

Erklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.
- Ich erkläre, dass die ausführende Person
 - 100 intraokulare Eingriffe (ohne Lasertherapie) selbstständig durchgeführt hat.
 - erfolgreich an einem Kurs mit mindestens vier Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement teilgenommen hat oder nach dem 1. Januar 2010 Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Indikationsstellung und Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement erworben hat oder 100 intravitreale Medikamenteneingaben selbstständig 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