

Antrag auf Genehmigung:

Durchführung veranlasster Leistungen im Rahmen „Mammographie-Screening“ (Anlage 9.2 BMV-Ärzte)

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.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, 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

Leistungen

- I Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen
- II Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle
- zusätzlich auch Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle
- III Histopathologische Untersuchungen

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

Screening-Einheit

- Screening-Einheit 1, Kernregion (Standort Kiel)
- Screening-Einheit 2, Östliches Schleswig-Holstein (Standort Lübeck)
- Screening-Einheit 3, Südwestliches Schleswig-Holstein (Standort Heide)
- Screening-Einheit 3, Südwestliches Schleswig-Holstein (Standort Pinneberg)
- Screening-Einheit 4, Nördliches Schleswig-Holstein (Standort Flensburg)

Fachliche Voraussetzungen* ~~-bitte beifügen-~~

I Befundung von Screening-Mammographiefnahmen (§ 25)

- Fachliche Voraussetzungen zur Durchführung der „kurativen Mammographie“ gemäß der Mammographie-Vereinbarung
- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Befundung von Screening-Mammographiefnahmen
- Tätigkeit von mindestens 40 Stunden an 5 aufeinanderfolgenden Arbeitstagen in einem Referenzzentrum

Hinweis: Bitte beachten Sie die notwendige Kursreihenfolge.

II Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 27 Abs. 3)

- Facharzt für
 - Chirurgie oder
 - Radiologie oder
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Durchführung von Stanzbiopsien
- Nachweis von Stanzbiopsien - § 27 Abs. 3 lit. d) und lit. e), alternativ lit. f)

Hinweis: Bitte beachten Sie die notwendige Kursreihenfolge.

Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 27 Abs. 5)

- Fachliche Voraussetzungen zur Durchführung der Vakuumbiopsie der Brust gemäß der Vakuumbiopsie-Vereinbarung

III Histopathologische Untersuchungen (§ 28)

- Facharzt für Pathologie
- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung der histopathologischen Präparate
- Es besteht die Möglichkeit
 - zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen.
 - der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung von in Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens 10 Jahre.
 - der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose.
- Selbständige histopathologische Beurteilung von mindestens 100 Mammakarzinomen und mindestens 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren vor Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms

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

Zustimmung des Pro-
grammverantwortlichen
Arztes:

Praxisstempel

PVA