

Antrag auf Genehmigung:

Molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (QS-Vereinbarung Molekulargenetik)

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

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Facharzt für Humangenetik oder
- Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder
- Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik oder
- Ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin

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

Organisatorische Voraussetzungen

Ich führe die genetische Analyse als verantwortliche ärztliche Person durch.

oder

In der Anlage sind beigefügt:

- Muster der Auftragshinweise, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden.
- Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung zu überprüfen.
- Die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß §§ 4 bis 8 erfüllt werden.

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