

Antrag auf Genehmigung:

Teilnahme am Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V zur qualitätsgesicherten Mammadiagnostik (QuaMaDi)

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 – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

Betriebsstätten

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

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Teilnahme

- | | |
|---|--|
| I a. <input type="checkbox"/> Gynäkologe (Einschreibung und Koordination) | II <input type="checkbox"/> Pathologe |
| I b. <input type="checkbox"/> Radiologisch tätiger Gynäkologe | III <input type="checkbox"/> Radiologe |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | ✓ Mammographie (notwendig) |
| <input type="checkbox"/> Sonographie der Brustdrüse im B-Modus | ✓ Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (notwendig) |
| <input type="checkbox"/> Galaktographien | <input type="checkbox"/> Galaktographien |
| <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsien | <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsien |
| <input type="checkbox"/> Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie | <input type="checkbox"/> Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie |
| | <input type="checkbox"/> MRT-Untersuchung der Mamma |

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

Fachliche Voraussetzungen ~~-bitte beifügen-~~

Teilnahme	Voraussetzung
I a. und b.	▪ Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe
I b.	▪ Genehmigung/en zur Durchführung und Abrechnung der oben angekreuzten Leistung/en.
II	▪ Facharztbezeichnung Pathologie
III	▪ Facharztbezeichnung Radiologie ▪ Genehmigung/en zur Durchführung und Abrechnung der oben angekreuzten Leistung/en.

Hinweis: Bei ermächtigten radiologisch tätigen Personen sind die in den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen festgelegten fachlichen Nachweise einzureichen.

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- ein KV-SafeNet-Anschluss oder eine Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) sowie die Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen vorgehalten werden.
- ein digitales Mammographie-Gerät, eine geeignete digitale Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM) vorgehalten werden (**betrifft radiologisch tätige Praxen**).
- mein Name und die Praxisadresse im QuaMaDi-Arztverzeichnis veröffentlicht werden kann.
- das QuaMaDi-Arztverzeichnis an die teilnehmenden Vertragspartner weitergegeben werden kann.
- das Leistungserbringerverzeichnis auf der QuaMaDi-Homepage veröffentlicht werden kann.
- wichtige Informationen zum Vertrag per E-Mail durch die KVSH zugesandt werden dürfen.

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