

Anlage 4

Antrag auf Genehmigung:

Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik – e-QuaMaDi (Modellvorhaben § 63 SGB V)

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.
- Sobald sich in den gemachten Angaben Änderungen ergeben (insbesondere bei den Mitarbeiterzugängen), sind diese unverzüglich mitzuteilen.
- 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 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

Leistungen

Genehmigung zur Teilnahme an „e-QuaMaDi“ als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe | <input type="checkbox"/> Pathologe |
| <input type="checkbox"/> Radiologe (auch radiologisch tätige Gynäkologen) | <input type="checkbox"/> Referenzzentrum (gemäß § 6 Abs. 2 i. V. m. Anlage 9 der Vereinbarung) |

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

Fachliche Voraussetzungen für radiologisch tätige Ärzte*

Die fachliche Befähigung für die Ausführungen und Abrechnungen von Leistungen nach der Modell-Vereinbarung gilt als nachgewiesen, wenn Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der nachfolgenden Leistungen vorliegen:

- Mammographien (Pflicht)
- Sonographie der Brustdrüse im B-Modus (Pflicht)
- Galaktographien
- Vakuumbiopsien
- Sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie
- MRT-Untersuchung der Mamma

Hinweis: Referenzzentren benötigen verpflichtend eine Genehmigung für die Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 5.

IT Voraussetzungen

- Jeder Teilnehmer**
KV-SafeNet-Anschluss oder Anbindung an die Infrastruktur (inkl. KV-SafeNet) und Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen
- Radiologische tätige Praxen/Referenzzentren**
Vorhaltung eines digitalen Mammographie-Gerätes, einer geeigneten digitalen Befundungsstation und ein PACS (Picture Archiving and Communication System) bzw. RIS (Radiologie Informationssystem) mit Schnittstellen zum Datenaustausch (DICOM)

Datenschutz im Referenzzentrum (ausschließlich von Referenzzentren auszufüllen)

- Sofern radiologische Bilder für eine Fallkonferenz im Referenzzentrum heruntergeladen werden, erfolgt dies in alleiniger datenschutzrechtlicher Verantwortung des jeweiligen Arztes des Referenzzentrums. Der Arzt hat eigenständig für eine datenschutzgerechte Vernichtung Sorge zu tragen.

Beantragte Mitarbeiterzugänge

- Hiermit beantrage ich für folgende Mitarbeiter (bitte in Druckbuchstaben) einen individuellen, kennwortgeschützten Mitarbeiterzugang zur IT-Befundplattform:

Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>
Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>
Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>
Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>
Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>
Name:		
Geburtsdatum:		BSNR: <input type="text"/>

Zustimmung

- Ich bin einverstanden mit,
1. der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im e-QuaMaDi-Arztverzeichnis,
 2. der Weitergabe des e-QuaMaDi-Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner,
 3. der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der e-QuaMaDi-Homepage,
 4. der Zusendung wichtiger Informationen zum Vertrag per E-Mail durch die KVSH.

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