



# Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Ansprechpartner/innen

Bezirksstelle Düsseldorf, Abteilung Qualitätssicherung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Filiz Dogruoglu ☎ 0211 / 5970 – 8568 ✉ [Filiz.Dogruoglu@kvno.de](mailto:Filiz.Dogruoglu@kvno.de) 📠 0211 / 5970-8574  
Beate Theobald ☎ 0211 / 5970 – 8557 ✉ [Beate.Theobald@kvno.de](mailto:Beate.Theobald@kvno.de) 📠 0211 / 5970-8574

Bezirksstelle Köln, Abteilung Qualitätssicherung, Sedanstr. 10-16, 50668 Köln

Franz Triebea ☎ 0221 / 7763 – 6561 ✉ [st@kvno.de](mailto:st@kvno.de) 📠 0221 / 7763-6550  
Christiane Sybertz ☎ 0221 / 7763 – 6502 ✉ [st@kvno.de](mailto:st@kvno.de) 📠 0221 / 7763-6550

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen

Name:.....

LANR:..... BSNR:.....

### Praxisanschrift

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

### Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für ..... / .....  
(Gebiet) (Datum)

Schwerpunkt:..... seit: .....

Zusatzbezeichnung:..... seit: .....

Angestellter Arzt bei.....

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV  
mit.....

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing)  
mit.....

Praxismgemeinschaft mit.....

Zulassung/Ermächtigung ab: .....

**Ich beantrage folgende Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32.3 und / oder entsprechende Leistungen des Kapitels 1 EBM:**

Bitte den Bereich ankreuzen und in der Anlage zum Antrag die einzelnen Nrn. aufführen

**Kapitel 32.3**

**GOP**

<input type="checkbox"/>	<b>32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen</b>	<b>32155-32187</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.2 Funktionsuntersuchungen</b>	<b>32190-32198</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen</b>	<b>32203-32229</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen</b>	<b>32230-32421</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.5 Immunologische Untersuchungen</b>	<b>32426-32533</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>	<b>32540-32556</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>	<b>32560-32670</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.8 Parasitologische Untersuchungen</b>	<b>32680-32682</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.9 Mykologische Untersuchungen</b>	<b>32685-32692</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen</b>	<b>32700-32775</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.11 Virologische Untersuchungen</b>	<b>32780-32795</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen</b>	<b>32819-32859</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.14 Molekulargenetische Untersuchungen</b>	<b>32860-32865</b>
<input type="checkbox"/>	<b>32.3.15 Immungenetische Untersuchungen</b>	<b>32901-32949</b>

**Kapitel 1 / Prävention**

**GOP:**

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 01783         |
| <input type="checkbox"/> | 01800 - 01811 |
| <input type="checkbox"/> | 01833         |

**Die Laborleistungen des Kapitels 1 und 32.3 EBM werden persönlich in der eigenen Praxis erbracht**

**Ich gebe mein Einverständnis dazu, dass die Kassenärztliche Vereinigung die organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung dahingehend überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor entsprechen.**

**Ich erkläre mich mit der Einsichtnahme der Kommission in Dokumente gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt/  
Unterschrift und Stempel vom Leiter  
des Medizinischen Versorgungszentrums

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

**Anlagen** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Anlage zum Antrag  Qualifikationsnachweise in Kopie

Nachweise gemäß § 5 „Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung“ der  
Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor

- Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren  
und der Untersuchungsmaterialien je Analyt
- Organigramm der personellen Struktur und der Befugnisse in der Einrichtung  
im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 1 mit Angabe des/der für die  
jeweiligen Untersuchungsverfahren verantwortlichen Arztes/Ärzte
- Verzeichnis der Untersuchungsverfahren für die Unit-Use-Reagenzien  
verwendet werden
- Verzeichnis der Geräte unter Angabe des Namens, des Herstellers, der  
Typbezeichnung und Seriennummer sowie des Standortes
- Verfahrensanweisung zur regelmäßigen Überwachung der Funktion der  
Geräte, der Reagenzien und der Analysensysteme
- Verfahrensanweisung zur Präanalytik für die fachgerechte Entnahme und  
Behandlung, die Annahme bzw. Ablehnung, Kennzeichnung und Bearbeitung  
von Untersuchungsmaterial sowie die Berichtübermittlung

**oder**

- Akkreditierungsurkunde gemäß DIN EN ISO 15189

## Anlage zum Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung von Speziellen Laboratoriumsleistungen der Kapitel 1 und 32.3 EBM gemäß Laborrichtlinien

Aufstellung, der in der Weiterbildung unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten jew. Untersuchungen = beantragte Leistungen	entsprechende GOP	Aufstellung, der für die beantragten Laboratoriumsuntersuchungen jeweils aufgewendeten Ausbildungszeiten (QS-Vereinbarung Spezial-Labor in der jeweils gültigen Fassung)

**Bewertung der Laborkommission nach Vorlage der Zeugnisse**