



Teilnahme- und Einwilligungserklärung an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab 01.10.2011

Rücksendung auch per Fax möglich:

**Hauptstelle Düsseldorf:
Qualitätssicherung Fax-Nr. 0211/5970-8160**

<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich		<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt <ul style="list-style-type: none"> • angestellt seit:: • bei: 	
Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon Nr.		Fax Nr.	
E-Mail:			
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Berufsausübungsgemeinschaft mit:			
Tätigkeit im MVZ		Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten <i>(Bitte Standorte angeben):</i>			

1. In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach § 5, des Leistungsumfangs nach § 8 und der Evaluation nach § 9, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

2. Für die Durchführung der Tonsillotomie verwende ich folgende/s gemäß dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie zugelassene/s Gerät/e:

- Lasergerät: CO₂ Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser (*nicht Zutreffendes bitte streichen*)
- Radiofrequenzgerät des Typs _____
- Coblationsgerät des Typs _____

Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, müssen folgende Nachweise vorgelegt werden:

- Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Sachkundenachweis durch Absolvierung eines Laserschutz-Kurses, § 4 Absatz 3
- Kopie des Wartungsbelegs (bei eigenen Geräten) bzw. bei einem Neugerät Kopie des Kaufbelegs, § 4 Absatz 4 lit. c)

3. Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein anzeigen.

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und Praxistelefonnummer / FAX unter www.kvno.de veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Unterschrift des angestellten Arztes bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

Praxisstempel