

Antrag zur Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V ambulantes Operieren

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/ Telefax:

LANR: (wenn bereits bekannt)

BSNR: (wenn bereits bekannt)

Fachgebiet

Angestellte(r) Ärztin / Arzt bei:
.....

Ich erkläre, dass ich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) inhaltlich zur Kenntnis genommen habe.

Insbesondere habe ich die in den §§ 3 bis 6 der Vereinbarung beschriebenen Bestimmungen inhaltlich zur Kenntnis genommen. Durch Ankreuzen bestätige ich jeweils deren Einhaltung:

- § 3 Fachliche Befähigung
- § 4 Organisatorische Voraussetzungen
- § 5 Hygienische Voraussetzungen
- § 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen

Ich beabsichtige ab dem in der vertragsärztlichen Versorgung die auf Blatt 3 dieses Antrages benannten Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V in der nachfolgend beschriebenen Einrichtung zu erbringen:

Ich operiere

- in eigener Praxis
- in einem MVZ
- in der Praxis eines Kollegen
- in einem OP-Zentrum
- in einem Krankenhaus

ggf. von meiner Praxisanschrift abweichende Anschrift

Name/Bezeichnung

Straße

PLZ/ Ort

ggf. Telefon

ggf. Telefax

Erklärung der Einrichtung

bei Durchführung der „Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V“ in einem MVZ, in der Praxis eines Kollegen, in einem OP-Zentrum bzw. in einem Krankenhaus:

- Ich bin/ Wir sind/ damit einverstanden, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der benannten Praxis/ in dem benannten MVZ/ in dem benannten OP-Zentrum/ in dem benannten Krankenhaus nach vorheriger Absprache daraufhin überprüft werden können, ob diese den in der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V beschriebenen Qualitätskriterien entsprechen.

Sollte die Einverständniserklärung zu einer Visitation verweigert werden, so nehme(n) ich/ wir davon Kenntnis, dass dem Antragsteller die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der „Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V“ versagt oder widerrufen werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Eigentümers/ Trägers

.....
Arzt-/ Praxisstempel
bzw. Stempel des
Trägers der Einrichtung

- Ich bin damit einverstanden, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der benannten Praxis/ dem benannten MVZ/ dem benannten OP-Zentrum/ in dem benannten Krankenhaus jederzeit daraufhin überprüft werden können, ob diese den in der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V beschriebenen Qualitätskriterien entsprechen.

Das Vorliegen dieser Einverständniserklärung ist die unbedingte Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von „Eingriffen gemäß § 115b Abs. 1 SGB V“.

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, die in der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende Versorgung der von mir betreuten Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst sicherzustellen.

Alle sich auf die aufgeführten Anforderungen beziehenden Änderungen werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers /
Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Vertragsarztstempel

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Anlagen:

- Grundriss mit gekennzeichneten Räumen/ Bereichen, wie in § 6 der Vereinbarung beschrieben
- Hygieneplan nach § 23 Abs. 5 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Von den im Kapitel 31.2 und / oder im Kapitel 36.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. dem Katalog der Eingriffe gemäß § 115b SGB V verzeichneten Leistungen beabsichtige ich die nachfolgend aufgeführten Operationen und stationersetzenden Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung auszuführen.

Operationen, für die gemäß RKI- Definition ein Operationsraum verpflichtend vorzuhalten ist (bitte EBM- Ziffern z.B. 31101 eintragen)

Kleinere invasive Eingriffe, die gemäß RKI- Definition in einem Eingriffsraum erbracht werden können (bitte EBM- Ziffern z.B. 31101 eintragen)

Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen (bitte EBM- Ziffern z.B. 31101 eintragen)

Endoskopien (bitte EBM- Ziffern z.B. 31101 eintragen)

Gegenseitigkeitserklärung zum Hygienerahmenplan/ Rahmenhygieneplan

Zu Vervollständigung der Antragsunterlagen zum ambulanten Operieren benötigen wir einen Hygienerahmenplan / Rahmenhygieneplan.

Möchten Sie in der Praxis eines Kollegen/ in einem OP-Zentrum/ in einem MVZ oder in einem Krankenhaus operieren, reicht uns zur Vervollständigung Ihrer Antragsunterlagen eine Gegenseitigkeitserklärung, in der Sie und der Betreiber der operativen Einrichtung bestätigen, dass Sie den für die Einrichtung erstellten Hygienerahmenplan / Rahmenhygieneplan ohne Einschränkung anerkennen und sich danach richten. Hierzu füllen Sie bitte den folgenden Abschnitt aus.

„Ich erkläre, dass ich den Hygienerahmenplan der Praxis des Kollegen / des OP-Zentrums / des MVZ bzw. des Krankenhauses ohne Einschränkung und / oder Ergänzung anerkenne und mich danach richte.“

| | | | | |
|-------------------|----------|----------------------------|----------|--|
| Ort, Datum | | Vertragsarztstempel | | Unterschrift Antragsteller bzw. angestellter Arzt |
|-------------------|----------|----------------------------|----------|--|

Ich / Wir haben diese Erklärung zur Kenntnis genommen:

| | | | | |
|-------------------|----------|--------------------------------|----------|---|
| Ort, Datum | | Stempel der Einrichtung | | Unterschrift operative Einrichtung |
|-------------------|----------|--------------------------------|----------|---|