



Ansprechpartner kurative Versorgung:

Sabine Fink ☎ 0211 / 59 70 – 8278
Beatrix Sydon ☎ 0211 / 59 70 – 8035

☎ 0211 / 59 70 - 33129
☎ 0211 / 59 70 - 33129

✉ mrt-nuk-radiologie@kvno.de
✉ mrt-nuk-radiologie@kvno.de

Ansprechpartner Mammographie-Screening:

Silke Schlick ☎ 0211 / 59 70 – 8532

☎ 0211 / 59 70 - 33228

✉ mammographie-
screening@kvno.de

Antrag Vakuumbiopsie der Brust

Name:

LANR: (wenn bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

BSNR: (wenn bereits bekannt)

.....

Straße:

.....

PLZ/Ort:

.....

Telefon:

.....

Telefax:

.....

Email:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

Screeningeinheit:

.....

I. Folgende Leistungen werden beantragt:

Vakuumbiopsie der Brust

für die kurative Versorgung (EBM-Nr. 34274)

und/oder

für das Mammographie-Screening (EBM-Nr. 01759)

II. Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung der Mammographien vor Beginn der Vakuumbiopsie und nach Beendigung des Eingriffs steht/stehen das/die nachfolgend genannte(n) Mammographiegerät(e), das/die der KV Nordrhein bereits gemeldet wurde(n), zur Verfügung (**bitte Geräteangaben unbedingt ausfüllen**)

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

Die nachfolgend genannte Mammographieeinrichtung für die stereotaktische Bildgebung wird von mir genutzt (**bitte Geräteangaben unbedingt ausfüllen**)

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

III. Weitere Erklärungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung am Leistungsort erfüllt sind:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips

- dass ich die Anforderungen zur Durchführung der Vakuumbiopsie gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust einhalte

- dass ich die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation gemäß § 7 erfülle

- dass ich gegenüber der KV Nordrhein nachweise, dass ich mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils 12 Monaten selbständig durchgeführt habe (Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 8)

- dass ich der KV Nordrhein die ärztliche Dokumentation der Vakuumbiopsie auf Anforderung und entsprechend der Vereinbarungsvorgaben zur Prüfung gemäß § 9 zur Verfügung stelle

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:

- die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen des § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust entsprechen.

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere K V

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

am erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ggf. des
anstellenden Arztes/ärztlichen Leiters eines MVZ

Vertragsarztstempel

ggf.
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z. B. Zeugnisse, Bescheinigungen), die nach der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust unbedingt vorzulegen sind. Die Vereinbarung können Sie bei Bedarf gerne bei uns anfordern. Die zuständige Qualitätssicherungs-Kommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung bzgl. einer Genehmigung abgeben.

- Mammographiegenehmigung (kurativ)
- und/oder**
- Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV oder Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (Mammographie-Screening)
- Weiterbildungszeugnis
(Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung)
- Betriebserlaubnis/Anzeigenbestätigung für das Gerät von der Bezirksregierung personenbezogen oder praxisbezogen und Kopie der Anzeige bei der Bezirksregierung,
- aktueller Sachverständigenprüfbericht