

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/599763

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
Abklärungskolposkopie

Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang GOP - EBM

Ich beantrage folgende Leistungen in der

Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten-Nr.

Ort, Straße Hausnummer

GOP – EBM Leistungslegende

01765 Abklärungskolposkopie

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein

Ich bin Facharzt für

für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

und

bin im Besitz eines Kolposkopiediploms der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie & Kolposkopie (AG CPC)

oder

führe den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs (8 Stunden) und einem Fortgeschrittenenkurs (14 Stunden)

und

führe den Nachweis von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinomen aus den letzten 12 Monaten vor Antragstellung.

und

besitze Kenntnisse operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen.

Bitte die entsprechenden Zeugnisse und Bescheinigungen oder das Diplom beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Apparative Voraussetzungen

Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen ist gegenüber der KV RLP nachzuweisen (s. Anlage).

V. Kooperation

- eine Kooperationsvereinbarung mit nachfolgend genannter Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist, wurde geschlossen.

Name der Einrichtung:.....

Anschrift:.....

VI. Allgemeines

- Die Abklärungskolposkopie darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Abklärungskolposkopie nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

VII. Erklärung

- Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen und räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis durch die Kommission der KV RLP.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ)