

E-Mail: LDR-Brachytherapie@kvno.de

Fax-Nr. 0211/5970 33243

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation beim lokal
begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil nach
GOP 25335 und 25336 EBM**

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

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

Praxisgemeinschaft mit

Zulassung/Ermächtigung ab: _____

I. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen:

- Ich bin Facharzt für Urologie
- Ich bin Facharzt für Strahlentherapie
- Die von der zuständigen Genehmigungsbehörde für die Anwendung der LDR-Brachytherapie zugrunde gelegte erforderliche **Fachkunde** gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin und ggf. Bescheinigung über die **Aktualisierung dieser Fachkunde** ist in Kopie beigelegt
(Hierbei handelt es sich um Nummer 2.2.3 der Anlage A1 zur Richtlinie zur Strahlenschutz-verordnung (StrlSchV): „Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation“.)

II. weitere Anforderungen

Ich versichere,

- die Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 5 Absatz 2 und 3 und § 6 Absatz 2 Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil in jedem Behandlungsfall in der Patientenakte zu bestätigen.
- den Patient sowie den weiterbehandelnden Arzt über die Notwendigkeit der Durchführung der Untersuchungen zur qualitätssichernden Postimplantationskontrolle zu informieren.
- unverzüglich nach Verlängerung, die Bescheinigung über die Aktualisierung o.g. Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin der KV Nordrhein einzureichen.

Mir ist bekannt,

- dass die Nichterfüllung einer Mindestanforderung zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs führt. Im Falle der Nichterfüllung einer Mindestanforderung darf keine Versorgung von Patienting mit interstitieller LDR-Brachytherapie zulasten der Krankenkassen zur Anwendung kommen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ggf. des
anstellenden Arztes

Vertragsarztstempel

ggf.
Unterschrift des angestellten Arztes

Hinweis: Die beantragte Leistung darf erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.