

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag möglichst per Email zurück!

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung Mammographie-Screening / Befunder/in

Name: .....

LANR: .....

BSNR: .....

**Anschrift:** Bitte nur angeben, soweit Sie über keine lebenslange Arztnummer (LANR) verfügen oder angestellter Arzt/Ärztin in einer BAG oder einem MVZ sind oder den Schriftwechsel über eine andere Adresse als über Ihre Praxisadresse führen möchten.)

Name BAG / MVZ: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/Fax: .....

Screening-Einheit: SE NO .....

Programmverantwortlicher Arzt / Ärztin(PVA) .....

Programmverantwortlicher Arzt / Ärztin(PVA) .....

### I. Die Genehmigung wird für folgende Leistung beantragt:

a) EBM-Nr. 01752: Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen

b) EBM-Nr. 01758: Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen

## II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

a) Folgende Unterlagen liegen der KV Nordrhein bereits vor:

- meine Facharzturkunde,
- mein Nachweis über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde (gemäß § 74 Strahlenschutzgesetz) und
- meine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der (kurativen) Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V.

b) Meinem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung sind folgende Unterlagen beigefügt:

Gemäß § 25 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä)

- Kopie der Bescheinigung über eine Teilnahme am multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm (Anhang 2 Nr. 1),
- Kopie der Bescheinigung über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (Anhang 2 Nr. 4),
- Nachweis über eine Tätigkeit von mindestens 40 Stunden an fünf aufeinander folgenden Arbeitstagen in einem Referenzzentrum.

Ich verpflichte mich zur Erfüllung der Auflagen nach § 18 und § 25 der Anlage 2 des BMV-Ärzte.

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller / anstellender Arzt  
Vertragsarztstempel

---

Datum

---

Unterschrift angestellte/r Arzt/Ärztin