

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag möglichst per Email zurück!

## Antrag auf Genehmigung Mammographie-Screening / Biopsien unter Röntgenkontrolle

Name, Vorname: .....

LANR: .....

BSNR: .....

**Anschrift** (Bitte nur angeben, soweit Sie über keine lebenslange Arztnummer (LANR) verfügen oder den Schriftwechsel über eine andere Adresse als über Ihre Praxisadresse führen möchten.)

ggf. Krankenhaus: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/Fax: .....

Name Screening-Einheit: .....

Programmverantwortlicher Ärzte (PVA) / Programmverantwortliche Ärztinnen (PVÄ):

Name: .....

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

a) EBM-Nrn. 01755: Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle

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

**Bitte beachten Sie, dass für die Vakuumstanzbiopsie (GOP 01759) ein separater Antrag gestellt werden muss!**

## II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

a) Folgende Unterlage liegt der KV Nordrhein bereits vor:

- meine Facharzturkunde

b) Meinem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung sind folgende Unterlagen beigefügt:

Gemäß § 27 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)

- der Nachweis über eine Teilnahme am multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm (Anhang 2 Nr. 1),
- der Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien (Anhang 2 Nr. 6),
- der Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens zehn Stanzbiopsien der Mamma unter **Ultraschallkontrolle** unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums,
- der Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens zehn Stanzbiopsien der Mamma unter **Röntgenkontrolle** und mindestens zehn Kalibrierungen des Zielgerätes unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums.

Ich verpflichte mich zur Erfüllung der Auflagen nach § 19 und § 27 der Anlage 2 des BMV-Ärzte.

**Bei Krankenhausärzten: Wir bitten zu beachten, dass Sie außerdem eine Ermächtigung beim Zulassungsausschuss für Ärzte beantragen müssen.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller / anstellender Arzt

Vertragsarztstempel

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift angestellte/r Arzt/Ärztin