

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - Abteilung Qualitätssicherung

Telefon: 0211 - 5970 8472 - Fax: 0211 - 5970 33228 - E-Mail: Mammographie-Screening@kvno.de

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag möglichst per Email zurück!

Antrag auf Genehmigung
Mammographie-Screening / kooperierender Krankenhaus-
arzt / Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen

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 Klinikadresse führen möchten.)

Krankenhaus: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Name Screening-Einheit: _____

Programmverantwortlicher Ärzte / Ärztinnen (PVÄ):

Name:

I. Die Genehmigung wird für folgende Leistung beantragt:

EBM-Nr. 01758: Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen

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

- der Nachweis über eine Teilnahme am multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm (Anhang 2 Nr. 1);

Radiologisch tätige angestellte Krankenhausärzte:

Nachweis über die technische Möglichkeit der radiologisch gezielten Lokalisation und der Präparateradiographie mit Vergrößerungstechnik;

Pathologisch tätige angestellte Krankenhausärzte:

Kopie der Bescheinigung über eine Teilnahme am Fortbildungskurs zur Beurteilung der histopathologischen Präparate (Anhang 2 Nr. 7).

Ich verpflichte mich zur Erfüllung der Auflagen nach § 21 und § 29 der Anlage 2 des BMV-Ä.

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

Datum

Unterschrift + Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift
Programmverantwortlicher Arzt