

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) mit der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und AOK Hessen

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/venentherapie

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Venentherapie ambulant

{VTE2}

Fachliche Befähigung gemäß Anlage 2

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Gefäßchirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Chirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Phlebologie“

und

- Nachweis von 25 ambulanten Varizenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung

und

- Vorliegen der Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V

und

- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs, soweit die endovenöse Lasertherapie durchgeführt werden soll. **(Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beigelegt.)**



und

- fundierte Kenntnisse in der Anwendung von Ultraschall-, Doppler- und Duplexgeräten
- fundierte Kenntnisse in der Anwendung von CE-zertifizierten Lasersystemen
- fundierte Kenntnisse in der Anwendung von CE-zertifizierten Radiofrequenzsystemen

Apparative Voraussetzung gemäß Anlage 2

- Ich verfüge über Ultraschall-, Doppler- und Duplexgeräte.
(Kauf- oder Leasingbeleg ist dem Antrag beigelegt.)
- Herstellernachweis wurde bereits im Rahmen der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen der KVBW vorgelegt.
- Ich verfüge über ein CE-zertifiziertes Lasersystem.
(Kauf- oder Leasingbeleg ist dem Antrag beigelegt.)

oder

- Ich verfüge über ein CE-zertifiziertes Radiofrequenzsystem.
(Kauf- oder Leasingbeleg ist dem Antrag beigelegt.)
- Ich verfüge über die technischen Voraussetzungen zur Durchführung ergänzender venöser Diagnoseverfahren (Lichtreflexrheographie, Photo-Plethysmographie oder Venenverschluss-Plethysmographie).

Erklärung

Ich halte die in Anlage 1 des Vertrages genannten Kriterien zum Zeitpunkt der Erbringung der Venenbehandlung ein und beachte die Kontraindikationen, die dem Eingriff entgegenstehen. Ich halte ferner den Behandlungsablauf gemäß § 5 ein.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW, sowie mit der quartalsweisen Übermittlung meiner Daten durch die KVBW an die AOK Baden-Württemberg und AOK Hessen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller



Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code