



Erklärung

zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 09316 oder 13663
(Zuschlag zur Bronchoskopie)

gemäß 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM

Erklärender:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ mit Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Erklärenden: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Die Erklärung bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1 Apparative Ausstattung - Gewährleistung des Erklärenden

Hiermit erkläre ich, dass ich in meiner Praxis selbst über die Möglichkeiten zur Röntgendiagnostik im Rahmen der Bronchoskopie nach der GOP 09316 bzw. 13663 verfüge.

Und

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **radiologischen Diagnostik** für den Organbereich Thorax liegt vor.

Oder

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **radiologischen Diagnostik** für den Organbereich Thorax liegt bei.

(weiter mit Punkt 3)

Hiermit erkläre ich, dass ich mit nachfolgend genannter Einrichtung eine Kooperationsvereinbarung zur Röntgendiagnostik im Rahmen der Bronchoskopie nach der GOP 09316 bzw. 13663 geschlossen habe. (weiter mit Punkt 2)

2 Bestätigung der Kooperation - durch den die Röntgenleistung ausführenden Arzt

Die Kooperation wird bestätigt.

Standort der Anlage (Adresse)

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kooperationspartner

Stempel Kooperationspartner

3 Verpflichtung des Erklärenden

Der Erklärende verpflichtet sich, jede Änderung an der Vorhaltung der Möglichkeit zur Röntgendiagnostik im Rahmen der Bronchoskopie unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erklärender
(siehe Seite 1 oben)

Stempel Erklärender

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Erklärenden)