



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung von photodynamischen Therapien am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Photodynamischen Therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

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

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis
- in einem MVZ
- im Rahmen einer Angestelltentätigkeit
- im Rahmen einer Ermächtigung

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

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1 Fachliche Voraussetzungen des Leistungserbringers

Facharzt für Augenheilkunde

UND

Nachweis von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differenzialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer altersabhängigen Makuladegeneration oder/und einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen, insbesondere zu einer photodynamischen Therapie, die innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren vor Antragstellung auf die Genehmigung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes im Gebiet der Augenheilkunde selbstständig ausgewertet wurden.

UND

Nachweis von mindestens 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund, die innerhalb von fünf Jahren vor der Antragstellung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes im Gebiet der Augenheilkunde selbstständig erbracht wurden.

oder

Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer, der innerhalb der letzten 12 Monate vor der Antragstellung absolviert sein und welcher die Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung (Indikation, Kontraindikation, Demonstration charakteristischer klinischer und angiographischer Fälle und Verläufe) und Durchführung der photodynamischen Therapie (Prinzipien, praktische Anleitung, Risiken und Komplikationen, Kriterien zur Wiederholung und zum Abbruch) am Augenhintergrund beinhalten muss.

Der Kursleiter muss mindestens 100 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbstständig durchgeführt und 2000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet haben.

UND

Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von **ambulantem Operationen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren nach § 115 b Abs. 1 SGB V wurde durch die KV Sachsen erteilt.

oder

Die Erklärung/der Antrag zur Genehmigung der Durchführung und Abrechnung **ambulanter Operationen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren nach § 115 b Abs. 1 SGB V liegt bei.

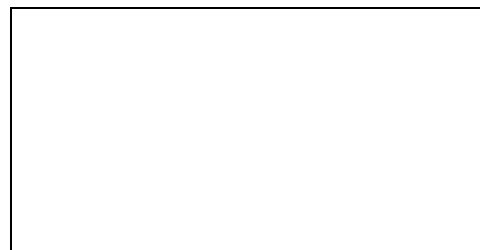
2 Apparative Voraussetzungen

Lasengerät (Photoaktivator)

Hersteller: Typ: Baujahr:

.....

- Das genannte Gerät ist geeignet den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren.
- Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz.



Stempel der Lieferfirma oder des Herstellers

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Lieferfirma/ Hersteller

3 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Die Nachweise über die durchgeführten Ausbildungen sind im Original oder als beglaubigte Kopie dem Antrag beigelegt.

Die vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen entsprechen den in den §§ 3 und 4 genannten fachlichen und apparativen Voraussetzungen.

Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die zugehörigen einschlägigen Bestimmungen werden beachtet.

Jede Änderung der gemeldeten Apparatur nach 2. wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitgeteilt.

Es wird bestätigt, dass die Mindestanforderungen der ärztlichen Dokumentation gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT eingehalten werden. Des Weiteren ist bekannt, dass die ärztlichen Dokumentationen zur Überprüfung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Erstindikationsstellung der KV Sachsen gemäß § 6 der geltenden Vereinbarung vorzulegen sind.

Es ist außerdem bekannt, dass die Genehmigung widerrufen werden kann, wenn die Anforderungen an die Leistungserbringung nicht erfüllt werden, bzw. wenn die jährliche Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 nicht erfolgreich ist.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer(in)
(sofern abweichend vom Antragsteller)