

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen – Schlafapnoe-Vereinbarung)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis:

privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP 30901 des EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 6 der Schlafapnoe-Vereinbarung)

- Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
- Eine mindestens sechsmonatige ganztägige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
- Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

Die Anleitung hat jeweils bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat.

siehe Bescheinigung vom

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative Voraussetzungen (gem. § 7 Abs. 1 der Schlafapnoe-Vereinbarung)

Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen bitte das separate Geräteformular (Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie) ausfüllen.

Räumliche und organisatorische Voraussetzungen (gem. § 7 Abs. 2 und 3 der Schlafapnoe-Vereinbarung)

- Ich bestätige, dass für jeden Patienten ein eigener Schlafraum vorgehalten wird und dieser Schlafraum räumlich vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen, getrennt ist.
(Grundriss Schlaflabor bitte dem Antrag beilegen)
- Weiterhin bestätige ich, dass der Schlafraum über eine entsprechend seiner Funktion,
 - angemessene Größe,
 - Möglichkeit zur Verdunklung und
 - eine Gegensprechanlage verfügt,
 - schallgeschützt und ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

- Ich bestätige, dass während der Polysomnographie eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend ist.

.....
Name, Vorname

.....
Qualifikation

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

- Ich bestätige, dass während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht.
- Ich bestätige, dass der Name des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie dokumentiert werden.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Schlafmedizin der KV Thüringen die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.