

Dünndarm-Kapselendoskopie

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie))

Facharzturkunde **Innere Medizin und Gastroenterologie** oder Facharzturkunde **Innere Medizin und Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Applikation von
- **fünf** Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, **innerhalb von einem Jahr** vor Anzeigenstellung

zusätzlich für Ärzte, welche die Kapsel applizieren

Nachweis über die selbständig durchgeführte Auswertungen unter Anleitung** eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

oder

Nachweis über die Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs

zusätzlich für Ärzte, welche die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen auswerten

Nachweis über die Auswertung von mindestens **25** Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung** eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Dünndarm-Kapselendoskopie

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)