

# 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)