

# Speziallabor

## 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 Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin

- Facharzturkunde **Laboratoriumsmedizin** einer Landesärztekammer für die Durchführung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM

oder

- Facharzturkunde für **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** einer Landesärztekammer für die Durchführung und Abrechnung mikroskopischer, biochemischer, immunologischer und molekularbiologischer Leistungen zum Nachweis von Bakterien, Viren, Pilzen und anderen übertragbaren Agenzien des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM \*\*

oder

- Facharzturkunde für **Transfusionsmedizin** einer Landesärztekammer für die Durchführung und Abrechnung immungenetischer, immunhämatologischer und/oder infektionsimmunologischer Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM einschließlich der Verträglichkeitsuntersuchungen an korpuskulären und plasmatischen Bestandteilen des Blutes sowie an blutbildenden Zellen\*\*

oder

- Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung, für die im EBM festgelegt ist, dass die fachliche Befähigung zur Erbringung von Leistungen aus Abschnitt 32.3 und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM für Ärzte dieser Facharztgruppe als nachgewiesen gilt, für die Durchführung und Abrechnung der jeweils genannten Leistungen des Abschnitts 32.3 des EBM

oder

- Urkunde einer Landesärztekammer zu folgender **Facharztbezeichnung**: \_\_\_\_\_

und

- Weiterbildungszeugnis/se über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung Speziallabor

und

- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium entsprechend § 6 Abs. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung Speziallabor

*\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen 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).*

*\*\*Sofern ein mindestens 12-monatiger Weiterbildungsabschnitt im Gebiet Laboratoriumsmedizin abgeleistet und anerkannt wurde, gilt die fachliche Befähigung für in diesem Zeitraum erworbene und im Weiterbildungszeugnis bescheinigte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Durchführung mikroskopischer Untersuchungen, Funktions-, Gerinnungs-, klinisch-chemischer und immunologischer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ebenfalls als nachgewiesen.*

## Anforderungen an die apparative Ausstattung

Erfüllung der Anforderungen der RiliBÄK für die Ausführung und Abrechnung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen entsprechend § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung Speziallabor, d.h. insbesondere:

- Vorhaltung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems
- die angebotenen Verfahren und Analysen unterliegen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung
- die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt
- es erfolgt eine externe Qualitätssicherung durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen

## Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Einverständnis zur Einsichtnahme der Qualitätssicherungskommission in die Dokumente zur Prüfung der internen und externen Qualitätssicherung entsprechend § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Speziallabor

## Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Speziallabor

## Checkliste II\*:

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)