

Ambulantes Operieren

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 zum ambulanten Operieren

Facharzturkunde einer Landesärztekammer: Facharzt für _____

und

Nachweis einer Schwerpunktbezeichnung, einer Fachkunde und/oder Abschluss einer fakultativen Weiterbildung: _____

Anforderungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung

Die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen wird versichert

Operationen - entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

kleinere invasive Eingriffe - entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen - entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

Endoskopien - entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 4 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle - entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 1-4, Abs. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen nach § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren
- die Erfüllung der hygienischen Anforderungen nach § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

*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).

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung(en)

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

Ambulantes Operieren

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung(en)

Datum: _____

Unterschrift

(Verantwortlicher Leiter)