

**Voraussetzungen für die Teilnahme an
einer besonderen ambulanten Versorgung von Patienten mit
Krampfadererkrankungen (Varizen) durch endoluminale Verfahren der Venentherapie**

Name, Vorname, Titel, LANR:	
LANR (Lebenslange Arztnummer):	
Zusatzbezeichnung(en):	
BSNR:	
NBSNR:	
In <input type="checkbox"/> Einzelpraxis oder <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis niedergelassen	seit: _____
Praxisanschrift:	
Tel.:	
Fax:	
Die Leistungen werden in folgender Betriebsstätte erbracht (Adresse):	<input type="checkbox"/> wie Praxisanschrift <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben):
Ich besitze die Zulassung zum ambulanten Operieren gem. § 115b Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V durch die (Nachweis beigefügt in Kopie)	<input type="checkbox"/> KV des Landes _____ seit: _____
Für die Durchführung der Venentherapie verwende ich folgende/s Gerät/e:	<input type="checkbox"/> Lasergerät Wellenlänge: <input type="checkbox"/> 980 nm <input type="checkbox"/> 1.470 nm <input type="checkbox"/> Radiofrequenzkatheter Typ: <input type="checkbox"/> Venus closur Verf. <input type="checkbox"/> RFITT-Verfahren
Kopie des letzten Wartungsnachweises nicht älter als 24 Monate (Hinweis: Kaufbeleg für Neugerät gilt als erstmalige Wartung):	<input type="checkbox"/> beigefügt in Kopie <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Sofern es sich um ein Lasergerät handelt:	<input type="checkbox"/> Nachweis beigefügt in Kopie der erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs

Anlage 7: Teilnahmevoraussetzungen_Arzt

	<input type="checkbox"/> Nachweis beigefügt in Kopie der Zulassung nach MPBetreibV
Zulassung zum Ultraschallverfahren: KV-Zulassung zur QS-Leistung Ultraschall zur Durchführung der FKDS an peripheren Venen und Arterien (AB 20.8;AB20.9)	<input type="checkbox"/> beigefügt in Kopie <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Nachweis über die Teilnahme an der durch die Ärztekammer geforderte Fort- und Weiterbildung (5-Jahresnachweis):	<input type="checkbox"/> beigefügt in Kopie <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Nachweis über die Teilnahme an einem ganztägigen Einführungskurs(Erwerb von praktischem und theoretischem Fachwissen zu den geplanten Eingriffen)	<input type="checkbox"/> beigefügt in Kopie <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Qualitätsmanagementsystem (QM) stellen Sie stichwortartig das in ihrer Praxis eingesetzte QM-System dar: <i>alternativ</i> : aktuelle Zertifizierung durch:	
Anzahl der im Zeitraum der letzten 12 Monate eigenhändig durchgeführten Eingriffen an Stammvenen (60) davon unter Anwendung endoluminaler Verfahren (20):	<input type="checkbox"/> Anzahl der Gesamteingriffe an den Stammvenen <input type="checkbox"/> mit Lasergerät <input type="checkbox"/> mit Radiofrequenzkatheter
Die Praxis über Besonderheiten verfügt, die für die Leistungserbringung relevant sind,	Welche?:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Wichtiger Hinweis:

Voraussetzung für eine Teilnahme an dem Ihnen vorliegenden Vertrag ist die Übermittlung des ausgefüllten Fragebogens einschließlich der geforderten Nachweise in Kopie (per eMail, Fax, Scan oder Fotokopie per Post).

E-Mail: irene.tell@nfu-berlin.de

Fax: 030 – 65 66 77 89

Postanschrift: Irene Tell, Uhlenhorster Str. 10, 12555 Berlin