

## Anlage 6: Teilnahmevoraussetzungen \_ Arzt

### 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 <b>beigefügt in Kopie</b> )	<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"/> <b>beigefügt in Kopie</b> <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Sofern es sich um ein Lasergerät handelt:	<input type="checkbox"/> Nachweis <b>beigefügt in Kopie</b> der erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs

## Anlage 6: Teilnahmevoraussetzungen \_ Arzt

	<input type="checkbox"/> Nachweis <b>beigefügt in Kopie</b> 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"/> <b>beigefügt in Kopie</b> <input type="checkbox"/> nicht beigefügt, weil _____
Nachweis über die Teilnahme an der durch die Ärztekammer geforderte Fort- und Weiterbildung (5-Jahresnachweis):	<input type="checkbox"/> <b>beigefügt in Kopie</b> <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"/> <b>beigefügt in Kopie</b> <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](mailto:irene.tell@nfu-berlin.de)

**Fax:** 030 – 65 66 77 89

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