

Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern  
Abteilung Qualitätssicherung  
Frau Tesch  
Postfach 16 01 45  
19091 Schwerin



(Arztstempel)

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Koloskopien  
gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 24. Juli 2006**

### **Fachliche Befähigung nach § 4**

#### **Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der**

- Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ und der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“
- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Gastroenterologie“
- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ und die Bestätigung über eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie
- Facharztbezeichnung „Kinderchirurgie“ mit der Bestätigung der zuständigen Ärztekammer, dass die Berechtigung nach dem Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien besteht
- Facharztbezeichnung „Visceralchirurgie“ mit d. Bestätigung der zuständigen Ärztekammer, dass die Berechtigung nach dem Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien besteht
- Urkunden/Zeugnisse/Bescheinigungen der Ärztekammer sind beigelegt

#### **Ich habe gemäß § 4 Abs. (1) 2.**

- innerhalb von 2 Jahren vor meiner Antragstellung bei mindestens 200 Koloskopien und 50 Polypektomien unter Anleitung selbstständig die Indikation zur Koloskopie gestellt, diese durchgeführt und die Befunde von Koloskopien und Polypektomien bewertet.
- Dokumentationen der 50 Polypektomien sind beigelegt

#### **Achtung!**

#### **Gilt nur für Fachärzte f. Kinder- und Jugendmedizin bzw. Fachärzte f. Kinderchirurgie**

- Ich habe gemäß § 4 Abs. (1) 2. innerhalb von 2 Jahren vor meiner Antragstellung bei 100 Koloskopien unter Anleitung selbstständig die Indikation zur Koloskopie gestellt, diese durchgeführt und die Befunde bewertet.
- Zeugnis ist beigelegt

## Apparative Ausstattung gemäß § 5

### Ich verfüge über folgende Notfallausstattung:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
  - Absaugvorrichtung
  - Sauerstoffversorgung
  - Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
  - Pulsoxymetrie und Rufanlage
- 
- Lieferscheine/Rechnungen bzw. Protokolle der letzten sicherheitstechnischen Überprüfungen sind beigelegt

- Ich verwende sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium.

Als Sterilisationsgerät setze ich ein: .....

- 
- Lieferschein/Rechnung ist beigelegt

### Erklärung:

- Mir ist bekannt, dass die Genehmigung widerrufen werden kann, wenn ich die Auflagen zur fachlichen Befähigung gemäß § 6 nicht erfülle.
- Ich verpflichte mich, an der stichprobenhaften Überprüfung der Hygienequalität in meiner Arztpraxis einmal pro Kalenderhalbjahr teilzunehmen.  
Mir ist bekannt, dass die Genehmigung widerrufen werden kann, wenn ich die Überprüfung in meiner Arztpraxis nicht durchführen lasse oder die in § 7 Abs. 6 festgelegten Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität nicht erfülle.
- Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch die zuständige Kommission eine Überprüfung der apparativen Gegebenheiten, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie entsprechen, erfolgen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller