\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vor- und Zuname bzw.

Stempel des Vertragsarztes/

der Vertragsärztin ............................., am .........................

Österreichische Gesundheitskasse

Vertragspartner I

zH Herrn Georg Prager  
Tel.Nr. 05 0766 14104837

Fax.Nr.05 0766 1466104837

E-mail: georg.prager@oegk.at

Garnisonstraße 1

4021 Linz

#### Ansuchen um Verrechnungsberechtigung - INFOBLATT

Ich beantrage die **Verrechnungsberechtigung** für die Positionsnummer(n)

..................................................................................................................................

............................................................................................. .....................................

lt. den **beiliegenden Formblättern**.

Ich erfülle die in diesen Formblättern angeführten Voraussetzungen und lege die dort geforderten Nachweise in **Kopie** bei.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Berechtigung **an dem Tag erteilt wird, an dem der Antrag** (Postaufgabestempel) **gestellt wird**, sofern von mir **alle Nachweise** **beigeschlossen** sind.

Werden fehlende Nachweise von mir nicht innerhalb der mir gesetzten Frist (grundsätzlich 14 Tage) nachgereicht, wird die Berechtigung erst mit dem Tag erteilt, mit dem ich alle angeführten Voraussetzungen erfülle und sämtliche Nachweise der Kasse vollständig vorgelegt habe.

Ich werde alle für die Verrechnungsberechtigung relevanten **Änderungen** (zB. Ausbildung von mir und meinem Personal sowie Gerätevoraussetzungen) **unverzüglich bekannt geben**.

Ich hafte für die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich der Kasse alle honorierten Leistungen zurückzahlen muss, wenn die Voraussetzungen (Ausbildung sowie Gerätevoraussetzungen) von vornherein nicht bestanden haben bzw. nach der Berechtigungserteilung weggefallen sind.

Stempel und Unterschrift

des Vertragsarztes/der Vertragsärztin

|  |
| --- |
| Innere MedizinChirurgie |

#### Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der VU – Koloskopie

gem. Zusatzvereinbarung V zum VU-Gesamtvertrag vom 09.03.2015 über die Durchführung von Vorsorgekoloskopien in Oberösterreich am 01.10.2016

🞏 Zutreffendes bitte ankreuzen

* **I. Ich habe bereits eine Verrechnungsberechtigung für die kurative Koloskopie bei den §-2 Kassen, die vor dem 01.07.2016 ausgestellt wurde:**

Im Zeitraum III. Quartal 2014 bis II. Quartal oder im Kalenderjahr 2015 wurden folgende Leistungen, entweder mit den §-2 Kassen abgerechnet, oder durch eine private Leistungserbringung bzw. für Versicherte anderer Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten erbracht:

* 200 Koloskopien und 50 Polypektomien

o d e r

* Mindestens 100 Koloskopien und mindestens 25 Polypektomien (Ich nehme zur Kenntnis, dass in diesem Fall in den ersten beiden Jahren nach Erteilung der Berechtigung eine engmaschige Beobachtung der Qualität durch die OÖ GKK erfolgt.)
* **II. Ansuchen um erstmalige Erteilung einer Verrechnungsberechtigung für die VU-Koloskopie. Ich habe keine vor dem 01.07.2016 ausgestellte Verrechnungsberechtigung für die kurative Koloskopie:**

1. Nachweis von Durchführung und Befundung von mind. 200 supervidierten Koloskopien bis ins Zökum und mind. 50 supervidierten Polypektomien,

s o w i e

1. ab Vorliegen der Voraussetzungen gem lit. a mindestens 100 selbstständig durchgeführte Koloskopien bis ins Zökum und mindestens 10 selbstständig durchgeführte Polypektomien in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung.

Punkt a) ist erfüllt, wenn

* die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzfach Gastroenterologie absolviert wurde

o d e r

* mit diesem Ansuchen eine Bestätigung des Vorstandes der Krankenabteilung oder des Endoskopiezentrums, in der diese Qualifikation (200 supervidierte Koloskopien und 50 supervidierte Polypektomien) erreicht wurde, vorgelegt wird.

Punkt b) ist erfüllt, wenn in den letzten vier Quartalen die unter lit. b genannten Untersuchungen mit folgenden Krankenversicherungsträgern abgerechnet wurden:

* §-2 Kassen

o d e r

* Ein Nachweis erbracht wird, dass diese Anzahl auch durch eine private Leistungserbringung oder für Versicherte anderer Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten erbracht wurde.

**Gerätevoraussetzungen:**

**Videoendoskop**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gerät-Type** | **Marke** | **Baujahr** |
|  |  |  |

**Waschmaschine für Endoskop + Zubehör**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gerät-Type** | **Marke** | **Baujahr** |
|  |  |  |

**Infrastrukturelle Voraussetzungen:**

Notfallausrüstung: mind. Intubationsbesteck und Beatmungsbeutel, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber

...................................... ................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

**des Arztes**