

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag Laboratoriumsuntersuchungen - NIPT-RhD Anlage 3 -	Bereich VP
		Stand 29.06.2021
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 2

Anlage 3 - Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von nicht invasiven pränataldiagnostischen Laborleistungen zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD) nach GOP 01869 EBM im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) i. v. m. Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor (QSV) und des Gendiagnostikgesetzes (GenDG).

Hiermit beantrage ich _____ die Durchführung und Abrechnung der **GOP 01869** EBM - nicht invasive pränataldiagnostische molekulargenetische Analyse zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD) aus dem mütterlichen Blut.

Die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors erfolgt nach Maßgabe von Abschnitt C Punkt 2 der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) i. v. m. Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor (QSV) und des Gendiagnostikgesetzes (GenDG).

Dazu werde ich nur solche NIPT-RhD-Testmethoden verwenden, die die Vorgaben gemäß Abschnitt C Punkt 2 der Mutterschaftsrichtlinien erfüllen. Nachweise über die Einhaltung der o. g. Anforderungen an das verwendete Testverfahren liegen mir als Herstellererklärung vor.

Ich habe ein System der Qualitätssicherung nach den Vorgaben der RiliBÄK (Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen) in meinem Labor implementiert. Die Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Qualitätssicherung genetischer Analysen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Absatz 2 Nummer 4 GenDG findet Anwendung.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass die beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen der **persönlichen Leistungserbringung** unterliegen.

Mit meiner Unterschrift stimme der Einsichtnahme der v. g. Daten/Dokumente gemäß § 5 Abs. 1 QSV und § 5 Abs. 3 QSV durch die Qualitätssicherungskommission zu.

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVS über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

Mir ist bekannt, dass die KVS die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in Ihrer Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob die Einrichtung den Bestimmungen dieser Vereinbarung entspricht.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel