

Teilnahmeantrag zum Vertrag zur Behandlung

- **der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)**
- **von diabetischen Makulaödemen (DMÖ)**
- **von Makulaödemen nach retinalen Venenverschlüssen (RVV)**
- **von choroidalen Neovaskularisationen bei pathologischer Myopie**
- **akuter posterioren Uveitis sowie**
- **anderer augenärztlicher Indikationsstellungen nach Maßgabe der jeweiligen Arzneimittelzulassungen von Lucentis®, Macugen®, Ozurdex®, Eylea® oder Iluvien®**

mittels intravitrealer operativer Eingabe von VEGF-Hemmern oder Glucocorticoiden

Rücksendung auch per Fax möglich:

KNAPPSCHAFT : 0234 304 87268

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

1. Ich bin Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit den Anlagen bekannt und zugänglich. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an dem Vertrag beigelegt.
 - a. Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen.
 - b. Teilnahmebescheinigung an einem Kurs gemäß PDT-Qualitätssicherungsvereinbarung / alternativ: 4 - stündiger Kurs zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (IVOM) anerkannt durch die Fachgesellschaften/Qualitätssicherungskommission.
 - c. Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von ausge- einzeltem Ranibizumab und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration.
 - d. Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflicht- versicherung.
 - e. Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen Lebenszeit und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mind. 2 Jahre vor Vertragsbeginn – alternativ 100 intra- vitreale Eingriffe.
 - f. Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes.

Ort/Datum	Unterschrift Antragssteller/ ggf. anstellender Arzt + angestellter Arzt	Vertragsarztstempel
-----------	--	---------------------