

Bestätigung der Selbstauskünfte

zur

Bildgesteuerten interventionellen Schmerztherapie bei Radikulopathien der Hals- und Lendenwirbelsäule

Titel, Vorname, Nachname

LANR

MEDI ID

Datum

Unterschrift & Praxisstempel

Ich bestätige, dass...

- ich in den letzten 24 Monaten vor Beantragung des Strukturmerkmals 400 bildgesteuerte Eingriffe durchgeführt habe.

- eine Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt für Radiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin und / oder ggf. spezielle Schmerztherapie, die nicht der eigenen Qualifikation entspricht, besteht und es bestehen nachweislich Erfahrungen mit interdisziplinär vernetzter Zusammenarbeit mit den o.g. Fachrichtungen.

- ich im Besitz eines Zertifikats über die Teilnahme an einer umfassenden qualifizierten Weiterbildung zu Injektionstechniken an der Wirbelsäule unter Bildgebung (je für LWS bzw. HWS) (theoretischer Teil zu allgemeinen Grundlagen und Evidenzen für Injektionstechniken sowie ein praktischer Unterrichtsteil für die Injektionen unter Bildgebung am anatomischen Modell) bin.

- ich die Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (siehe auch Anlage 3 BMV-Ä) sowie § 11 Abs. 2 BMV-Ä je nach Verwendung der Bildgebung einhalte, dazu zählen insbesondere die erforderliche Fachkunde und Kenntnisse, die apparative Ausstattung (Sonographie (nur HWS) oder Bildwandler/CT) sowie die behördliche Anzeigebestätigung/Genehmigung gemäß § 19 Abs. 1 StrlSchG durch das Regierungspräsidium.

Im Rahmen des Vertrages möchte ich erbringen...

Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS (Ausstattung: Sonographie)

Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS **und** LWS (Ausstattung: Bildwandler/CT)

Bitte per Fax (07 11-80 60 79 566), per Mail (abrechnung@medi-verbund.de) oder per Post

an die

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart

