

Wichtiges zum folgenden Selbstdeklarationsbogen zur Spartenanerkennung

Bitte lesen Sie nachfolgende Bemerkungen aufmerksam durch. Der Antrag auf Spartenanerkennung kann der Kommission PaKoDig nur vollständig und korrekt ausgefüllt inkl. der notwendigen Beilagen zur Beschlussfassung vorgelegt werden. Bitte beachten Sie, dass die Kommission PaKoDig die Anträge nur vier Mal jährlich behandelt. Unvollständige Anträge führen somit zu einer Verzögerung und späteren Beschlussfassung. Vollständig und korrekt ausgefüllte Anträge ersparen Ihnen auch Rückfragen und Zusatzaufwände. Auf den folgenden Seiten finden Sie den Selbstdeklarationsbogen.

Hilfestellung / Checkliste

Um Sie bei diesem Prozess bestmöglich zu unterstützen, finden Sie auf unsere Webseite <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed-sparten.cfm> sowie im Dokument das Wichtigste in Kürze, um ein korrektes Ausfüllen und Einreichen des Antrages sicherzustellen. Wenn Sie die Checkliste und die weiteren Informationen auf unserer obigen Webseite vor dem Ausfüllen des Antrags zur Hand nehmen und den Antrag mithilfe dieses Dokuments ausfüllen, sind Sie dem Ziel eines schnellen Anerkennungsprozesses einen grossen Schritt näher.

Wir bitten Sie daher, den Selbstdeklarationsbogen mit Hilfe dieser Checkliste auszufüllen und anschliessend vollständig mit sämtlichen Beilagen elektronisch bei uns einzureichen. Wir brauchen keine physischen Unterlagen.

Herzlichen Dank für eine vollständige und korrekte Einreichung des Antrags. Sie ersparen damit sich und uns unnötige Zusatzaufwände.

Wozu brauchen Sie eine Spartenanerkennung:

- Eine Spartenanerkennung braucht man, um TARMED-Leistungen aus der entsprechenden Sparte abrechnen zu dürfen
- Die Spartenanerkennungen werden in der Spartendatenbank hinterlegt und stehen den Versicherungen für die Rechnungskontrolle zur Verfügung.

Selbstdeklarationsbogen für die Spartenanerkennung «Interventionelle Schmerztherapie» in der Arztpraxis (Leistungen gemäss TARMED, Kapitel 29.06)

Arzt / Ärztin:

Name / Vorname:

Praxisname:

Strasse:

PLZ / Ort:

E-Mail Adresse:

Tel. Arztpraxis

GLN-Nummer (EAN):

FMH-Nummer (FMH-Mitgliedern):

ZSR-Nummer:

Facharzttitel / Fähigkeitsausweis:
.....

Hiermit bestätige ich, dass:

- ich den Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie bei der **SSIPM besitze oder beantragt habe.**
- ich die Leistungen aus Kapitel 29.06 „Interventionelle Schmerzdiagnostik und –therapie“ in einem Raum mit geeigneter Bildgebung (z.B. BV/TV) durchführen werde.
- ich die auf der Webseite der FMH publizierten rechtlichen Hinweise «Spartenkonzept» und «Datenschutzerklärung» zur Kenntnis genommen habe.

Datum: Unterschrift:

Bitte zurücksenden an:
FMH / Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife: tarife.ambulant@fmh.ch

Sämtliche Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung und weitere Informationen finden Sie im aktuell gültigen Spartenkonzept, Beilage K: „Anerkennung“ Interventionelle Schmerztherapie.