

Dr. med. Horst Hohn
Fachgruppenkoordinator Kapselendoskopie

Antrag Schwerpunktpraxis Kapselendoskopie im bng

**An alle bng-Mitglieder/innen,
liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,**

wenn Sie in Ihrer Praxis Kapselendoskopie anbieten, können Sie sich bei uns zertifizieren lassen und so auf Ihre besondere Qualifikation in der Versorgung Ihrer Patienten hinweisen.

Wie sieht die Zertifizierung des bng aus?

- Sie erhalten eine Urkunde über die Zertifizierung, die Sie in Ihrer Praxis aushängen können.
- Sie erhalten ein elektronisches Siegel, das Sie auf Ihren Briefkopf, Ihre Homepage oder sonstigen Praxisunterlagen verwenden dürfen.
- der bng wird die Schwerpunktpraxen Kapselendoskopie auf der Patienten-Homepage www.magen-darm-aerzte.de besonders erwähnen.

Was müssen Sie dafür tun?

Bitte senden Sie uns dazu anhängenden Antrag und die Zulassung Ihrer KV per Mail oder Fax an die bng-Geschäftsstelle. Selbstverständlich ist diese Zertifizierung für Sie kostenfrei!

Selbstverständlich können Sie den Antrag auch direkt online unter

bit.ly/bng_Kapsel_SP



ausfüllen und einreichen.

Wie kann die Zertifizierung erneuert werden?

Damit die besondere Qualifikation bei der Praxis nicht veraltet erscheint, werden wir das Zertifikat alle 2 Jahre erneuern. Dabei ist wieder die Zulassung der KV zu übermitteln.

Ich hoffe, dass viele Praxen des bng diesen Schwerpunkt ausweisen wollen und würde mich über weitere Anregungen zur Zertifizierung freuen.

Ihr

Dr. med. Horst Hohn



Berufsverband Niedergelassener
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

bng-Geschäftsstelle
Holdergärten 13
89081 Ulm

**Hiermit beantrage ich die Zertifizierung als Schwerpunktpraxis
Kapselendoskopie durch den bng**

(via E-Mail an kontakt@bng-gastro.de, Post oder Fax an 0731 70 54 711)

Name des Antragstellers: _____

Praxisstempel



Bitte mit E-Mail-Adresse: _____

- Ich führe in 24 Monaten mindestens 20 Kapseluntersuchungen Dünndarm durch.
- Ich habe einen Kurs Kapselendoskopie absolviert.
- Ich verfüge über die Zulassung der KV zur Kapselendoskopie.

**Bitte senden Sie uns eine Kopie der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung
von Dünndarm-Kapselendoskopien Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV)
Kapselendoskopie nach § 135 Abs. 2 SGB V (Zulassungsschreiben Ihrer KV).**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Datum: _____

Unterschrift: _____