

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

20. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. Unter Allgemeines wird Nr. 1.1.3 wie folgt geändert:

„1.1.3 Das Blankoformularbedruckungsverfahren ist den Ärzten freigestellt. Für die Bedruckung freigegeben sind Laserdrucker (Non-Impact-Drucker) und Tintenstrahldrucker. Sofern Tintenstrahldrucker genutzt werden, müssen diese ein Prüfzeugnis der Papiertechnischen Stiftung (PTS) zur Herstellung von Urschriften von Urkunden aufweisen.“


2. Unter Allgemeines wird Nr. 1.2.3 wie folgt geändert:

*„1.2.3 Für den Ausdruck der Blankoformulare sind ausschließlich schwarze Farben zu verwenden. Dabei können Laserdrucker oder Tintenstrahldrucker verwendet werden. Tintenstrahldrucker müssen die Vorgaben nach Nr. 1.1.3 erfüllen. Im Personalienfeld der Vordrucke müssen die Betriebsstätten-Nr. und die Arzt-Nr. numerisch (Ziffern 0 bis 9) linksbündig aufgedruckt werden. Eine Verwendung anderer Zeichen, wie z. B. „-“, „/“ oder „blank“ (= Leerzeichen) ist wegen der maschinellen Lesung nicht statthaft.
Für Ausnahmefälle (wie z. B. Haus- und Heimbefuche, Bereitschaftsdienst) können Blankoformulare ohne Inhalte ausgedruckt und eingesetzt werden.“*

3. Die Nummern 2.10C, 2.10C.7 und 2.10C.8 werden wie folgt geändert:

*„2.10C Muster 10C/E: Auftrag für SARS-CoV-2 Testung
(Stand: 01.2021)*


2.10.C.7 Muster 10Ca/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td> <td colspan="2">Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Eintrag nur bei Weiterüberweisung!			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers		<p>Auftrag für SARS-CoV-2 Testung</p> <p>>>>>> Muster nicht kopieren! <<<<<<</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Auftragsnummer des Labors</p> <p>Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____</p>	<p style="text-align: right;">10CBF</p> <div style="text-align: center;">  <p>Quartal _____</p> <p>Geschlecht <input type="checkbox"/></p> </div> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ersttestung <input type="checkbox"/> weitere Testung </p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																				
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																		
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!																				
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers																			
<p><input type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung</p>																				
<p>Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung: </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmed. Heilberufe)</small> <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> <input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmed. Heilberufe)</small> <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small>	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> <input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small>															
<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmed. Heilberufe)</small> <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small>	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> <input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small>																		
<p><input type="checkbox"/> Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.</p>																				
<p>Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz</p> <p>Telefonnummer des Versicherten _____</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt</p>																		
<p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (1.2021) PRE NR.</p>																				

Original: DIN A 5 quer

2.10.C.8 Muster 10Cb/E

Name, Vorname des Versicherten



Gemeinsam schnell die INFEKTIONSKETTE UNTERBRECHEN


Die App als Beitrag, um die Pandemie weiter einzudämmen

Tragen Sie aktiv zur Eindämmung der Pandemie bei. Nutzen Sie die Corona-Warn-App.
Die App zu nutzen ist ganz einfach. Ihre Daten sind dabei sicher und werden nicht weitergegeben.

1. Laden Sie die App im Apple Store oder Google Play Store. Die App ist kostenlos.
2. Richten Sie die App ganz einfach ein. Sie werden dabei in der App angeleitet.
3. Scannen Sie den QR-Code und Sie erhalten eine Benachrichtigung, sobald Ihr Testergebnis vorliegt.
4. Im Falle eines positiven Testergebnisses können Sie andere App-Nutzer freiwillig warnen.

Hinweise zum Datenschutz: Sie möchten die Corona-Warn-App („App“) des Robert-Koch-Instituts („RKI“) zum Abruf Ihres Testergebnisses verwenden. Um Ihr Testergebnis über die App abrufen zu können ist es notwendig, dass Ihr Testergebnis von dem Labor an die Server-Systeme der App übermittelt wird. Verkürzt dargestellt erfolgt dies, indem das Labor Ihr Testergebnis, verknüpft mit einem maschinenlesbaren QR-Code, auf einem hierfür bestimmten Server der App-Infrastruktur ablegt. Der QR-Code ist Ihr Pseudonym, weitere Angaben zu Ihrer Person sind für die Anzeige des Testergebnisses in der App nicht erforderlich. Sie erhalten untenstehend eine Kopie des QR-Codes, der durch die Kamerafunktion Ihres Smartphones in die App eingelesen werden kann. Nur hierdurch ist eine Verknüpfung des Testergebnisses mit Ihrer App möglich. Mit Ihrer Einwilligung können Sie dann Ihr Testergebnis mit Hilfe der App abrufen. Ihr Testergebnis wird automatisch nach 21 Tagen auf dem Server gelöscht. Wenn Sie mit der Übermittlung Ihres pseudonymen Testergebnisses mittels des QR-Codes an die App-Infrastruktur zum Zweck des Testabrufs einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte gegenüber Ihrem Arzt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der vorhandenen Pseudonymisierung eine Zuordnung zu Ihrer Person nicht erfolgen kann und daher eine Löschung Ihrer Daten erst mit Ablauf der 21-tägigen Speicherfrist automatisiert erfolgt. Einzelheiten hierzu finden Sie zudem in den >>Datenschutzhinweisen<< der Corona-Warn-App des RKI.

* Wenn Sie jünger als 16 Jahre alt sind, besprechen Sie die Nutzung der App bitte mit Ihren Eltern oder Ihrer sorgeberechtigten Person.



Muster 10Cb/E (1.2021)
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Ihre Notizen:

Scannen Sie
diesen
QR-Code

Original: DIN A 5 quer

4. Die Nummern 2.39, 2.39.7 und 2.39.8 werden wie folgt geändert:

„2.39 Muster 39/E: Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom
(Stand: 01.2021)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten geb. am <hr/> Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status <hr/> Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum </div> <p>Alterskategorie <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</p> <p>Auftrag <i>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</i> <input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV) <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> HPV-Test</p> <p>Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</p> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann? _____</p> <p>Jetzt: Letzte Periode _____ nein ja Gravidität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausfluss / pathologische Blutung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IUP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klinischer Befund <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Erläuterungen <i>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</i> _____ _____ _____ </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">39</div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</h2> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Auftragsnummer des Labors </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <h3 style="margin: 0;">Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</h3> Eingangsdatum _____ Endozervikale Zellen <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden Proliferationsgrad _____ <input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Trichomonaden <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Gardnerella Gruppe _____ HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; min-height: 100px;"> Bemerkungen _____ _____ _____ </div> <p>Zusammenfassende Empfehlung <input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung <input type="checkbox"/> HPV-Test <input type="checkbox"/> Ko-Test <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie</p> <p>Zeitraum <input type="checkbox"/> in _____ Monaten <input type="checkbox"/> sofort</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes </div>
Ausfertigung für den untersuchenden Arzt	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes <small>PRFNR Muster 39a/E (1.2021)</small>

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Alterskategorie <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</p> <p>Auftrag <i>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</i> <input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> HPV-Test <input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)</p> <p>Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</p> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann? _____</p> <p>Jetzt: Letzte Periode _____ nein ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gravidität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ausfluss / pathologische Blutung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>IUP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Klinischer Befund <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p>Erläuterungen <i>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</h2> <div style="text-align: right;">39</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Auftragsnummer des Labors </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p>Endozervikale Zellen <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>Proliferationsgrad _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Döderleinflora</td> <td><input type="checkbox"/> Mischflora</td> <td><input type="checkbox"/> Kokkenflora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trichomonaden</td> <td><input type="checkbox"/> Candida</td> <td><input type="checkbox"/> Gardnerella</td> </tr> </table> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"> <p>Bemerkungen</p> </div> <p>Zusammenfassende Empfehlung</p> <input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung <input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung <input type="checkbox"/> HPV-Test <input type="checkbox"/> Ko-Test <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie <p>Zeitraum <input type="checkbox"/> in _____ Monaten <input type="checkbox"/> sofort</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: small;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: small;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>	<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora	<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																				
<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora																				
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella																				

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

PRFNr.
Muster 39b/E (1.2021)

Original: DIN A4 hoch

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2021 in Kraft.

Berlin, den 26.11.2020

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin