

## Sparten Anerkennung Interventionelle Schmerztherapie (Leistungen gemäss TARMED, Kapitel 29.06)

### Selbstdeklarationsbogen für die Arztpraxis

**Arzt / Ärztin:**

Name / Vorname: .....

Praxisadresse: .....

Strasse: .....

PLZ / Ort: .....

E-Mail Adresse: .....

Tel. Arztpraxis .....

GLN-Nummer (EAN):

FMH-Nummer (FMH-Mitgliedern):

ZSR-Nummer:

Facharzttitel /  
Fähigkeitsausweis: .....

#### Hiermit bestätige ich, dass:

- dass ich den Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie bei der **SSIPM besitze oder beantragt habe.**
- dass ich die Leistungen aus Kapitel 29.06 „Interventionelle Schmerzdiagnostik und –therapie“ in einem Raum mit geeigneter Bildgebung (z.B. BV/TV) durchführen werde.

Datum: ..... Unterschrift: .....

#### Bitte zurücksenden an:

FMH  
Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife  
Baslerstrasse 47  
4600 Olten

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