

**Antrag auf Genehmigung:
Phototherapeutische Keratektomie – PTK (§ 135 Abs. 2 SGB V)**

Name, Vorname:	(Name des Arztes ¹ , der die Leistungen erbringen soll)	
LANR:	oder	Eintragungsnummer der KVSH: (Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztrezisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztreisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

Folgende fachliche Befähigungen gemäß § 3 werden erfüllt:

- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser. -bitte beifügen-

oder

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und die Teilnahmebescheinigung einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK. -bitte beifügen-

Apparative Voraussetzungen

- Technischer Datenbogen gemäß § 4 -bitte beifügen-

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person