

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL) gemäß Ziffer 4 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des gemeinsamen Bundesausschusses**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien	
	<input type="checkbox"/>	Durchführung von mindestens 20 perkutanen Nephrostomien und mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung  <b>oder</b>	
	<input type="checkbox"/>	Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Urologie“	
	<input type="checkbox"/>	Genehmigung der KVSH zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)  <b>und</b>	
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	Welches Gerät (Typ und Hersteller) wird im Rahmen der ESWL genutzt:		
	Standort des Gerätes:		
<b>Organisatorische/bauliche Voraussetzungen</b>	Erklärung räumliche Ausstattung		ja <input type="checkbox"/>
	<b>oder</b> Genehmigung der KVSH zur Abrechnung Operationen Urologie (§115 b) für den beantragten Standort liegt vor		nein <input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		

<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	ja  <input type="checkbox"/>	nein  <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, Ziffer 4 der Anlage I der Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt