

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

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>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
<p>Leistung</p>	<p>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Durchführung von mindestens 20 perkutanen Nephrostomien und mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Urologie“</p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigung der KVSH zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> zur Röntgendiagnostik des Harntraktes</p>

Apparative Voraussetzungen	Welches Gerät (Typ und Hersteller) wird im Rahmen der ESWL genutzt:		
	Standort des Gerätes:		
	Eigentümer des Gerätes:		
Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	Erklärung räumliche Ausstattung -bitte beifügen-	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	oder Genehmigung der KVSH zur Abrechnung Operationen Urologie (§115 b) für den beantragten Standort liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	
Zustimmung	Ich bestätige, Ziffer 4 der Anlage I der Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kenntnis genommen zu haben.		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt