

**Abteilung Abrechnung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 7959

@ Abrechnung-  
Genehmigung@kvsh.de

Stand: 08/24

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 einer genehmigungspflichtigen Leistung zur Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM)

<b>Wichtiger Hinweis</b>	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.		
<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>		
<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>	07330 EBM für Chirurgen	
	<input type="checkbox"/>	18330 EBM für Orthopäden	
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:		
	(N)BSNR:		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>Mindestens eine der nachfolgenden Voraussetzungen wird erfüllt:</b>		
	Facharzt für Chirurgie oder Plastische Chirurgie	ja	nein
	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Facharzt für Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zusatzbezeichnung Handchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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/datenschutz">www.kvsh.de/datenschutz</a>		

<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>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:</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>	<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