

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

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)

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</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 Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</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>Tätig in: 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>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</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"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> 07330 EBM für Chirurgen <input type="checkbox"/> 18330 EBM für Orthopäden																								
Fachliche Voraussetzungen	<p>Mindestens eine der nachfolgenden Voraussetzungen wird erfüllt:</p> <table border="1" data-bbox="1310 232 1481 801"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Facharzt für Chirurgie nach der Weiterbildungsordnung vor 1996 absolviert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Im Rahmen der Weiterbildung ein Jahr in der Unfallchirurgie tätig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Als H-Arzt/D-Arzt tätig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bei 25 Patienten im Quartal wurden entsprechende Leistungen durchgeführt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Facharzt für Chirurgie nach der Weiterbildungsordnung vor 1996 absolviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Im Rahmen der Weiterbildung ein Jahr in der Unfallchirurgie tätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als H-Arzt/D-Arzt tätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei 25 Patienten im Quartal wurden entsprechende Leistungen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein																							
Facharzt für Chirurgie nach der Weiterbildungsordnung vor 1996 absolviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Im Rahmen der Weiterbildung ein Jahr in der Unfallchirurgie tätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Als H-Arzt/D-Arzt tätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Bei 25 Patienten im Quartal wurden entsprechende Leistungen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 																								
Hinweis zum Datenschutz	<p>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.</p>																								
Einverständnis zum Datenschutz	<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"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse <table border="1" data-bbox="1310 1149 1481 1576"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	ja	nein																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

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

