

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 Teilnahme und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung „Gesund schwanger“ zur Vermeidung von Frühgeburten gemäß der Vereinbarung nach § 140a SGB V für Fachärzte der Fachrichtung Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <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>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</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>			
<p><b>Leistungen</b></p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Risikoscreening, Frühultraschall und Infektionsscreening (GOP 81300), (GOP 81301), (GOP 81302)</p> <p>Laborleistung (im praxiseigenem Labor) (GOP 81303)</p>		
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>			
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p>Ich verfüge über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung ultraschalldiagnostischer Leistungen für den Anwendungsbe- reich „Geburtshilfliche Basisdiagnostik“.</p> <p><b>Laborleistungen</b> Ein zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen nach Anlage 5 des o. g. Vertrages notwendiges gültiges Zertifikat der erfolgreichen Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuches, entsprechend den für alle Ärzte gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen liegt mir vor. <b>-bitte beifügen-</b></p>		<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

	Wenn nein: Ich werde das Zertifikat innerhalb von 12 Monaten nach Teilnahme am Vertrag „Gesund schwanger“ nachreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Siehe beigefügte Anlage zur Datenerhebung und Datenverarbeitung		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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"> <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"/>	
<b>Zustimmung</b>	Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung „Gesund schwanger“ nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten 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