

**Antrag auf Genehmigung:
Photodynamische Therapie – PDT (§ 135 Abs. 2 SGB V)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

Folgende fachliche Befähigungen gemäß § 3 werden erfüllt:

- Nachweise über die selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer AMD und/oder einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingrif-

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

fen, insbesondere zu einer photodynamischen Therapie, innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren vor Antragstellung. **-bitte beifügen-**

und

- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund innerhalb von fünf Jahren vor Antragstellung unter Anleitung. **-bitte beifügen-**

oder

- Teilnahme am Kurs gemäß § 3 Abs. 2 zur Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung und Durchführung der photodynamischen Therapie (Prinzipien, praktische Anleitung, Risiken und Komplikationen, Kriterien zur Wiederholung und zum Abbruch) am Augenhintergrund. **-bitte beifügen-**

Übergangsregelung gemäß § 9

- Selbstständige Erbringung von Fluoreszenzangiographien und photodynamischer Therapien am Augenhintergrund vor dem 1. Oktober 2006. **-bitte beifügen-**

Apparative Voraussetzungen

- Technischer Datenbogen gemäß § 4 **-bitte beifügen-**

Organisatorische Voraussetzungen

- Erklärung zur Durchführung und Abrechnung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren **-bitte beifügen-**

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person