

**Antrag auf Genehmigung:
Phototherapeutische Keratektomie (QS-Vereinbarung PTK)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztausweis)

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.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 9 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arzregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person 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. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

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

1. _____
2. _____
3. _____

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Gebietsbezeichnung Augenheilkunde
- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser
oder
- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und die Teilnahmebescheinigung einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK.

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

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Technischer Datenbogen gemäß § 4

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- wesentliche Änderungen an der apparativen Ausstattung der KVSH mitgeteilt werden.
- bei Durchführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie als extrabudgetäre Leistung gemäß § 115b SGB V eine gesonderte Genehmigung zum Ambulanten Operieren (Antrag zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) vorliegen muss.

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