

## Abteilung Qualitätssicherung





Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

## Antrag auf Erteilung einer Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von physikalisch-medizinischen Leistungen

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></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><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></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><b>Tätig in:</b> 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><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></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"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> GOP 30300 <input type="checkbox"/> GOP 30301 <input type="checkbox"/> GOP 30400 <input type="checkbox"/> GOP 30410 <input type="checkbox"/> GOP 30411 <input type="checkbox"/> GOP 30420 <input type="checkbox"/> GOP 30421
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Die aufgeführten Leistungen werden von mir persönlich erbracht. Ich bin berechtigt zum Führen der Facharztbezeichnung/en: <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie <input type="checkbox"/> Lungen- und Bronchialheilkunde <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Phoniatrie und Pädaudiologie <input type="checkbox"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin oder <input type="checkbox"/> die Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> die Zusatzbezeichnung Chirotherapie
<b>Personelle Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> Die aufgeführten Leistungen werden auf meine Veranlassung und unter meiner ärztlichen Verantwortung von einem in meiner Praxis angestellten: <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Masseur <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Krankengymnast <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Physiotherapeut erbracht.  Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation bezogen auf die sensomotorischen Übungsbehandlungen sind Zeugnisse und Bescheinigungen über eine besondere Zusatzqualifikation meines nichtärztlichen Mitarbeiters beifügt.



<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>					
<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">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.					
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<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"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 50%;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ich bestätige, die die Präambeln 30.3 und 30.4 des EBM zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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