

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

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 Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von physikalisch-medizinischen Leistungen**

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <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>
<b>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>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____
<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 <b>-bitte beifügen-</b> <input type="checkbox"/> die Zusatzbezeichnung Chirotherapie <b>-bitte beifügen-</b>	
<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 <b>-bitte beifügen-</b> <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Krankengymnast <b>-bitte beifügen-</b> <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Physiotherapeut <b>-bitte beifügen-</b>	erbracht.
	Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation bezogen auf die sensomotorischen Übungsbehandlungen sind Zeugnisse und Bescheinigungen über eine besondere Zusatzqualifikation meines nichtärztlichen Mitarbeiters beigefügt. <b>-bitte beifügen-</b>	
<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>	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 die Präambeln 30.3 und 30.4 des EBM zur Kenntnis genommen zu haben.	

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