

Abteilung Abrechnung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 7959

@ Abrechnung-
Genehmigung@kvsh.de

Stand: 08/2024

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 Durchführung und Abrechnung Physikalische Therapie nach Abschnitt 30.4 EBM und/oder Neurophysiologische Übungsbehandlungen nach Abschnitt 30.3.1 EBM

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 	
Leistungen	<input type="checkbox"/>	Nach Abschnitt 30.3.1 EBM
	<input type="checkbox"/>	GOP 30300
	<input type="checkbox"/>	GOP 30301
	<input type="checkbox"/>	Nach Abschnitt 30.4 EBM
	<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
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
	(N)BSNR: _____	_____
	_____	_____

Fachliche Voraussetzungen	<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 -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> die Zusatzbezeichnung Chirotherapie -bitte beifügen-
Personelle Voraussetzungen	<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 -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Krankengymnast -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> staatlich geprüften Physiotherapeut -bitte beifügen- erbracht. Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation bezogen auf die sensomotorischen Übungsbehandlungen sind Zeugnisse und Bescheinigungen über eine besondere Zusatzqualifikation meines nichtärztlichen Mitarbeiters beigefügt. -bitte beifügen-
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz
Einverständnis zum Datenschutz	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"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse <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