



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

ANTRAG

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Beratung zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT- RhD) und zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13,18 und 21 gemäß Abschnitt C und Anlagen 7 und 8 der Mutterschafts-Richtlinien

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift.

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

3. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

und

- Nachweis der „Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung“ gemäß Gendiagnostikgesetz § 7 Abs. 3 in Verbindung mit der Richtlinie der Gendiagnostikkommission vom 1.7.2011 gemäß § 23 Abs.2 Nr. 2a GenDG**

III. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV
am erhalten.

Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

IV. Erklärung/Verpflichtung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die vorstehenden Daten zu meiner Person gemäß § 285 Abs. 1 SGB V zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt,
- fehlende, unrichtige oder ungenaue Angaben sich nachteilig auf den Ausgang des Verwaltungsverfahrens auswirken können.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Stempel und Unterschrift
Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.