

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 PotsdamKörperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung
Fachbereich Qualitätssicherung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Behandlung von Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

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 Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

1. Berechtigung zum Führen der FA-Bezeichnung im Gebiet:

Chirurgie bzw. Chirurgie und Unfallchirurgie

☐

oder

Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie

☐

2. Nachweis von mindestens 10 Fortbildungspunkten in einer speziell handchirurgischen Fortbildung innerhalb der letzten 24 Monate

☐

➡ Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen dem Antrag in Kopie bei.

III. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV _____ am _____ erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

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

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.

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