



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft 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