

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4  
Qualitätssicherung / Sicherstellung**A N T R A G**

**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen gem. Anhang zu  
Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des  
EBM**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:☐ Eigener Niederlassung☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

bei: \_\_\_\_\_

**II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen****Die fachliche Voraussetzung wird nachgewiesen durch** *(Zutreffendes bitte ankreuzen):*

1. die Zusatzbezeichnung Infektiologie



oder

2. durch die Teilnahme an einer MRSA-Zertifizierung mit den nach § 2 Abs. 1 des Anhangs zur  
Vergütungsvereinbarung definierten Inhalten in Form der Teilnahme an dem

Fortbildungsseminar (Dauer 3 Stunden)



oder

Online-Training mit anschließendem Fragetest



Entsprechende Nachweise sind beigelegt.

### III. MRSA-Netzwerk

Ich schließe mich dem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk in .....  
Bezeichnung / Ort

an.

### IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Mit einer ggf. erforderlichen Prüfung zur Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen in der Praxis im Zusammenhang mit der Antragstellung erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
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 durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

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