

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

ANTRAG

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