



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung**

Fachbereich Qualitätssicherung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung von manualmedizinischen Eingriffen

I Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon-Nummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

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 erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II Fachliche Anforderungen

Dem Antrag füge ich folgenden Qualifikationsnachweis entsprechend den Regelungen zum Kapitel IV Pkt. 30.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bei:

Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin (Kopie)

(Anmerkung: für die Eintragung in das Arztregister ist die Vorlage des Originals oder einer beglaubigten Kopie erforderlich)

III Abrechnungsgenehmigung durch andere 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 Ärtzl. Leiter der
Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des
Praxisinhabers bei Einzelpraxen**

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