



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G

zur Ausführung von Leistungen auf dem Gebiet phototherapeutischer Keratektomien

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 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 Voraussetzungen

Zum Nachweis der selbständigen Durchführung von

- a) 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser habe ich „log-files“ (Papierform oder elektronisch) beigefügt, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind
oder
- b) 10 Eingriffen mittels Excimer-Laser habe ich „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weitere Unterlagen beigefügt, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind
und
- c) eine Bescheinigung über die Teilnahme an einer mindestens zweistündigen Fortbildung zum Thema PTK

III. Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Techn. Datenbogen/Gewährleistungsgarantie für den Excimerlaser

- ist dem Antrag beigefügt
wird nachgereicht
liegt der KV bereits vor

Gerätebezeichnung:

Hersteller:

Gerätestandort

Das Lasergerät steht

- in meiner Praxis
in den Räumen der Leistungserbringergemeinschaft, des MVZ, im Krankenhaus,
Nebenbetriebsstätte

.....
Angabe der vollständigen Adresse

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

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