

**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
zur Ausführung von Leistungen der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

Dem Antrag füge ich folgende Nachweise der Qualifikation gem. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anl.1, Pkt. 4 bei:

1. Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien

☐ ja☐ nein

2. Nachweis über die Durchführung von mindestens 20 perkutanen Nephrostomien
☐ ja ☐ nein

und

3. Nachweis über mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung
☐ ja ☐ nein

4. Gebietsbezeichnung "Arzt für Urologie"
(Die Qualifikationsanforderungen nach Pkt. 2 und 3 sind hier als erfüllt anzusehen.)
☐ ja ☐ nein

Zusätzlich nachzuweisende Voraussetzungen:

Ich verfüge über eine Genehmigung der KVBB zur Abrechnung von:

1. sonographischen Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)
☐ ja ☐ nein
2. der Röntgendiagnostik des Harntraktes
☐ ja ☐ nein

III. Apparative Voraussetzungen

Zur Leistungserbringung steht folgende Gerätetechnik zur Verfügung:

Gerätetyp:

Standort:

Eigentümer:

(ggf. Nutzungsvertrag beifügen)

IV. 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 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