

**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 von Leistungen dem Gebiet der
stereotaktischen Radiochirurgie

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. Beantragte Leistungen

- ☐ Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie für das erste Zielvolumen (GOP 25322)
- ☐ Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktische Radiochirurgie (GOP 25323)
- ☐ Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie (GOP 25348)

III. Fachliche Anforderungen

- ☐ Facharzt für Strahlentherapie
und
- ☐ Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V
oder
- ☐ Facharzt für Neurochirurgie
und
- ☐ Fachkunde nach § 47 StrlSchV
und
- ☐ Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung

➡ **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

IV. Apparative Voraussetzungen

Behördliche Genehmigung in Fotokopie

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - ist beigelegt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

und

Sachverständigen-Prüfbericht nach der StrlSchV in Fotokopie

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - ist beigelegt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis

Die Durchführung darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erfolgen:

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung der SRS
- stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von Stereotaktischer Radiochirurgie (SRS)

Eigentümer der strahlentherapeutischen Einrichtung **ist/sind:**

.....
.....
.....

➡ **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

V. 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**