

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung

Hysterektomie

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____
LANR: _____
FA für: _____
Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

- | | |
|--|---|
| ☐ Eigener Niederlassung | ☐ in privatärztlicher Tätigkeit * |
| ☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | ☐ angestellter Arzt im Krankenhaus * |
| ☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis | |

* Im Krankenhaus angestellte Ärzte und privatärztlich tätige Ärzte müssen parallel zu diesem Antrag auch einen Antrag auf Ermächtigung beim Zulassungsausschuss stellen.

II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 2 bis 4 ZmRL

1. Berechtigung zur Führen der FA-Bezeichnung im Gebiet **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** ☐
und
2. Nach der Facharztanerkennung eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit ☐
und
3. Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V ☐
(250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

Hinweis:

Diese Nachweise müssen nicht vorgelegt werden, wenn Sie bereits im Arztregister Brandenburg eingetragen sind und Ihr Einverständnis zur Einsichtnahme auf Ihr Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer Brandenburg erklärt haben.

und

4. Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die zuständige Landesärztekammer ☐
Hinweis: Sofern Ihre Weiterbildungsbefugnis durch die Landesärztekammer Brandenburg erteilt wurde, ist das Einreichen eines Nachweises **nicht** erforderlich.

oder

akademische Lehrbefugnis (Nachweis erforderlich) ☐

III. Sonstige Voraussetzungen

Die in § 8 benannten Aufgaben sind mir bekannt und ich werde sie insbesondere auch unter Einbeziehung ärztlicher Vorbefunde gemäß Absatz 5 einhalten.

IV. Erklärungen

1. Ich erkläre, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten und die in § 7 Abs. 5 und 6 i. V. m. § 8 der Zm-RL vorgegebenen Anforderungen und Aufgaben des zweitmeinungsgebenden Arztes in vollem Umfang zu erfüllen.
2. Ich erkläre, dass **keine** finanziellen Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen.
3. Mir ist bekannt, dass meine Kontaktdaten auf regionalen und überregionalen Informationsportalen der KVBB sowie der Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht werden.

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: qs@kvbb.de

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Praxisinhaber bzw.

ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.