

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4  
Qualitätssicherung und Sicherstellung**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung**

Cholezystektomie

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung                     | <input type="checkbox"/> in privatärztlicher Tätigkeit *    |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> angestellter Arzt im Krankenhaus * |
| <input type="checkbox"/> 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 zum Führen der FA-Bezeichnung in einem der folgenden Gebiete
- Innere Medizin und Gastroenterologie
  - Allgemeinchirurgie
  - Viszeralchirurgie
  - Kinder- und Jugendchirurgie oder
  - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung
  - Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

**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](mailto:qs@kvbb.de)

Datum

**Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers:**  
Praxisinhaber bzw.  
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

**Stempel und 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.