

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

**auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung histologischer und zytologischer Leistungen (GOP 19310, 19312 und 19320 EBM) – nur für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten ohne Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“**

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**



_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

## Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

## Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: _____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

## Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

## Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/histologie-zytologie](http://www.kvbawue.de/histologie-zytologie)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Diagnostische histologische & zytologische Leistungen gem. folgender GOPs des EBM {DH11}

GOP 19310 histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials

GOP 19312 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315, 19318 und 19319 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren

GOP 19320 histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens

### Fachliche Befähigung

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und



- mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung – den Nachweis habe ich dem Antrag beigelegt

**Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ benötigen keine Genehmigung für die Abrechnung der o. g. EBM-Gebührenordnungspositionen.**

### Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

### Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

---

Unterschrift

