

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von gynäkologischen/pädiatrischen Leistungen durch Allgemeinärzte/Internisten/Kinderärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches

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 KV BW 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 KV BW 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/ebm-genehmigung-hausarzt

Im hausärztlichen Versorgungsbereich bin ich tätig als:

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung und nehme an der hausärztlichen Versorgung teil

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

- 01735** Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen {HAU1}
- 01760** Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau {HAU1}
- 01761** Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) {HAU1}
- 01764** Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) {HAU1}
- 01821** Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU2}
- 01822** Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU3}
- 01828** Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU4}
- 03350** Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes {HAU5}
- 03351** Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen {HAU6}



Im hausärztlichen Versorgungsbereich bin ich tätig als:

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

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

- 01821** Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU2}
- 01822** Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU3}
- 01828** Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung {HAU4}

Fachliche Befähigung für GOP 01735, 01760, 01761, 01764, 01821, 01822, 01828

- Ich weise nach, dass ich diese Leistung(en) bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet habe.

oder

- Ich verfüge über eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Bitte Abrechnungsunterlagen über Leistungserbringung vor dem 31.12.2002 oder Weiterbildungszeugnis in Kopie beifügen.

Fachliche Befähigung für GOP 03350, 03351

- Ich weise nach, dass ich diese Leistung(en) bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet habe.

und/oder

- Ich verfüge über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung.

Bitte Abrechnungsunterlagen über Leistungserbringung vor dem 31.12.2002 und/oder Weiterbildungszeugnis in Kopie beifügen.

Erklärung



Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung 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

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code