

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie

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/phototherapeutische-keratektomie

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

Phototherapeutische Keratektomie {PTK1}

Fachliche Befähigung nach § 3

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Augenheilkunde

und

Selbständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser

oder

Selbständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und Teilnahme an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK

Bitte entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 1 in Kopie beifügen.



Apparative Ausstattung

Für Leistungen der PTK steht eine apparative Ausstattung gemäß § 4 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung PTK zur Verfügung. Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung in der phototherapeutischen Keratektomie“

ist dem Antrag als Anlage beigelegt.

wurde nachgewiesen durch

Titel

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.

Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V

Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der PTK ist eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erforderlich.

Bitte den Antrag zum ambulanten Operieren ausfüllen und einreichen.

www.kvbawue.de/ambulante-operationen

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung, insbesondere an die Indikationsstellung gemäß § 5 und an die Dokumentationen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur phototherapeutischen Keratektomie zu erfüllen.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass die Genehmigung widerrufen wird, wenn ich die Anforderung an die Leistungserbringung nicht erfülle oder an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen alle 2 Kalenderjahre nicht erfolgreich teilgenommen habe.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

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