

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag Botulinumtoxin-Therapie	Bereich QS/QM
		Stand 18.06.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 2

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß den Abschnitten 8.3 bzw. 26.3 des EBM

Leistungserbringer/in

 Name, Vorname, Titel _____
LANR

✉ Anschrift

@ E-Mail-Adresse

☎ Telefonnummer

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ niedergelassen angestellt ermächtigt
 Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis MVZ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: _____
 Name, Vorname

Teilnahme an hausärztlicher Versorgung fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen.)

Ich verfüge über die Anerkennung als

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

oder

Facharzt/Fachärztin für Urologie

und

erbringe den Nachweis, dass ich jährlich an den von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten teilgenommen habe.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich verpflichte mich, jährlich an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten teilzunehmen und die Fortbildungsnachweise jährlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen.

Mir ist bekannt, dass gemäß § 20 Abs. 2 der Satzung der KV Saarland für die Bearbeitung des Antrages eine Gebühr zu entrichten ist.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel