

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

Absender/Stempel

Nicole Prochnow | Telefon 0761 884-4387 | Fax 0761 884-483852 | nicole.prochnow@kvbawue.de

Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Diagnostik und/oder Therapie einer Funktionsstörung der Hand (GOP 07330 EBM bzw. GOP 18330 EBM)

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen zur Behandlung einer Funktionsstörung der Hand abrechnen zu dürfen:

Ich bin (Zutreffendes bitte ankreuzen)

„Facharzt für Chirurgie“ und beantrage die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 07330 EBM

GOP 07330 EBM

Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

oder

„Facharzt für Orthopädie“ oder „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“ und beantrage die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 18330 EBM

GOP 18330 EBM

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

und

darüber hinaus weise ich die Durchführung von mindestens 50 handchirurgischen Eingriffen und/oder konservativen Behandlungen bei Funktionsstörungen der Hand nach.

- Den Nachweis (Zeugnis, OP-Katalog, OP-Berichte) über die Durchführung von mindestens 50 handchirurgischen Eingriffen und/oder konservativen Behandlung bei Funktionsstörungen der Hand habe ich dem Antrag beigelegt.

Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ benötigen keine Genehmigung für die Abrechnung der o. g. EBM-Gebührenordnungspositionen.

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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (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/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut