

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung
(gemäß Abschnitt 8.3 EBM und 26.3 EBM)

Antragsteller

Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt
Gebietsbezeichnung:
Schwerpunkt:
Zusatzbezeichnung:
Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:
Telefon: Praxis: privat:
E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in ausgelagerten Praxisräumen (Nebenbetriebsstätte)
- im Rahmen einer Anstellung
 - bei einem Vertragsarzt
 - in einem MVZ
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein
- ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- Gynäkologen - GOP 08312 und 08313 des EBM
- Urologen - GOP 26316 und 26317 des EBM

Fachliche Voraussetzungen

- Teilnahme an von der Landesärztekammer Thüringen anerkannten Fortbildungsveranstaltungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten im Jahr der Antragstellung

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Palliativversorgung wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.