

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von chirotherapeutischen Leistungen
(gemäß der Präambel des Kapitels 30.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM))

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (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 chirotherapeutischer Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein ja (bitte den Bescheid beifügen)

Beantragte Leistungen

- Abschnitt 30.2 des EBM (GOP 30200 und 30201)

Fachliche Voraussetzungen (gem. Präambel des Kapitels 30.2 des EBM)

- Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“, ausgestellt durch eine Landesärztekammer

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kvt.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 chirotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
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 Chirotherapie 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.kvt.de, Thema Datenschutz.