

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

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

**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/balneophototherapie](http://www.kvbawue.de/balneophototherapie)

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

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Asynchrone Photosoletherapie {BAL2}
- Bade-PUVA-Therapie {BAL3}
- Synchrone Photosoletherapie {BAL4}

**Fachliche Befähigung nach § 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Ich führe die Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“.
- Nachweis über selbstständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens fünf zur Photosoletherapie und mindestens fünf zur Bade-PUVA-Therapie. (Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beigelegt.)
- Ich habe Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.



**Apparative Voraussetzungen nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Alle zur Balneophototherapie verwendeten Geräte erfüllen die Mindestanforderungen nach § 4.

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung Balneophototherapie“

- ist dem Antrag als Anlage beigelegt.
- wurde nachgewiesen durch

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	BSNR(Betriebsstättennummer)

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

und liegt der KVBW bereits vor.

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

- Nachweis zur Gerätewartung gemäß § 6 Nr. 2, der nicht älter als 24 Monate bei Antragstellung ist (Wartungsnachweis ist dem Antrag beigelegt)
- Nachweis zur Leuchtmittelüberprüfung gemäß § 6 Nr. 3, der nicht älter als 12 Monate bei Antragstellung ist (Nachweis der Leuchtmittelüberprüfung ist dem Antrag beigelegt)
- Bestätigung über vorhandenen Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400 nm während der Bestrahlung)

### Verpflichtungserklärung gemäß §§ 5 bis 7

- Ich erfülle die räumlichen Voraussetzungen (§ 5).
- Ich erfülle die organisatorischen Anforderungen (§ 6).
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (§ 7).



### 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 Rechtsgrundlage 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 Rechtsgrundlage 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

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

---

Unterschrift

