

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

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung histologischer und zytologischer Leistungen (GOP 19310, 19312 und 19320 EBM) - nur für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten ohne Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“

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/histologie-zytologie

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

- Diagnostische histologische & zytologische Leistungen gem. folgender GOPs des EBM {DH11}

GOP 19310 histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials

GOP 19312 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315, 19318 und 19319 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren

GOP 19320 histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens

Fachliche Befähigung

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und



- mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung - den Nachweis habe ich dem Antrag beigelegt

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ benötigen keine Genehmigung für die Abrechnung der o. g. EBM-Gebührenordnungspositionen.

Einverständniserklärung

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

