



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-319  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand**

gemäß EBM Kapitel 7.3 bzw. 18.3

Für Chirurgen und Orthopäden, die die Zusatzbezeichnung Handchirurgie führen, ist kein gesonderter Antrag erforderlich. Sie erhalten eine automatische Berechtigung, wenn Sie die Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
--	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p>	<hr/> <p>Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<hr/> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



### Leistung

Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand nach:

- GOP 07330 EBM (Chirurgie)

### oder

- GOP 18330 EBM (Orthopädie)

### Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Adresse

- ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

\_\_\_\_\_  
Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

### Fachliche Nachweise

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Orthopädie“

- Nachweis von 10 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der speziellen Handchirurgie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung



## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die

- **Erfüllung der Auflage gemäß Entscheidungen des Vorstands der KV Berlin vom 14.04.2005 und 23.06.2005**

Erstmalig, spätestens 12 Monate nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung und danach kalenderjährlich - bis 31.12. des Jahres, ist ein Nachweis über mindestens 10 Fortbildungspunkte auf dem Gebiet der speziellen Handchirurgie bei der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, einzureichen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Kapitel 7.3 bzw. 18.3 Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)