

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 / 31 003-684  
 Fax: 030 / 31 003-50730  
 E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

### Änderungsanzeige zum Leistungsort

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

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

**Leistung**

- Ambulantes Operieren
- ambulante Laserbehandlungen am Auge
- Arthroskopien
- Intravitreale Medikamenteneingabe

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

**Änderung des Leistungsortes**

Zusätzliche/r Operationsstandort/e

Wechsel des Operationsstandortes  
(bisherige/r Operationsstandort/e wird/werden nicht mehr genutzt)

Bauliche Veränderungen am OP-Standort

Betriebsstätte

---

Adresse

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer 

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

---

Name und Adresse des Betreibers

Nebenbetriebsstättennummer 

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

---

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei Operationsstandorten, bitte die Standorte gesondert auflisten.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei.  
 Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen**

Nachweis der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 6 QSV ambulantes Operieren

Nachweis der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 5 QSV Arthroskopie i. V. m. § 6 QSV ambulantes Operieren

Nachweis der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 4 QSV IVM

Vollständiger Grundriss der Operationseinrichtung/en sowie der erforderlichen Nebenräume

Nachweis über bereits durchgeführte Begehungen (Prüfungsprotokoll)

---

Datum der Begehung

---

Institution (KV Berlin, LAGeSo, Gesundheitsamt etc.)

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Antragsformulare für ambulante Operationen/Anästhesien, Arthroskopie und intravitrealen Medikamenteneingabe.

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung 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 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. der jeweils gültigen Rechtsgrundlage. 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

\_\_\_\_\_  
Arztstempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PRAXISBEGEHUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen gemäß der jeweils gültigen Rechtsgrundlage in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung erklärt.**

Bei der Leistungserbringung **in der eigenen Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift **Antragsteller**

Bei der Leistungserbringung an **ausgelagerten Operationsstandorten Dritter**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift **OP-Betreiber**