



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## Angaben zum Operationsstandort

für die Durchführung von ambulanten Operationen bzw. Anästhesien

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

Die Antragstellung erfolgt:  für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden) 

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

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



Hiermit beantrage ich eine Änderung hinsichtlich der Operationsstandorte:

- neuer Operationsstandort
- Wechsel des Operationsstandortes   
(bisherige/r Operationsstandort/e wird/werden nicht mehr genutzt)
- zusätzliche/r Operationsstandort/e
- bauliche Veränderungen am OP-Standort

**Angaben zum Tätigkeitsort**

(bereits genehmigte OP-Standorte)

1. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
2. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
3. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
4. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										

Hiermit versichere ich, dass der nachstehend aufgeführte Operationsstandort den Anforderungen des § 6 an die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen (§ 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V) zur Durchführung von ambulanten Operationen/Anästhesien und sonstigen stationersetzenden Leistungen der derzeit gültigen Fassung entspricht.



**Angaben zum Operationsstandort:**

Ich führe alle ambulante Operationen/Anästhesien **in meiner eigenen** Praxis durch:

und/oder am **ausgelagerten** Operationsstandort:

wenn JA, bitte Anschrift und Name des Betreiber

.....  
.....  
.....

\* Sollten Sie an mehreren Operationsstandorten ambulante Operationen/Anästhesien durchführen, bitte auf einem gesonderten Bogen auflisten.

Hinweis:

Soweit ambulante Operationen außerhalb meiner Praxis erbracht werden, versichere ich, dass meine Präsenzpflicht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä/EKV gewährleistet ist.



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**HINWEIS:**

Vorsorglich weisen wir Sie auf § 15a Punkt 2 gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Nr. 23/2007 vom 08.Juni 2007) hin.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung