



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 Arthroskopie-Leistungen**

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   
(in eigener Praxis)

**Angaben zum Tätigkeitsort**

(bereits genehmigte OP-Standorte)

- |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. _____<br>Anschritt, | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table><br>Nebenbetriebsstättennummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. _____<br>Anschritt, | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table><br>Nebenbetriebsstättennummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. _____<br>Anschritt, | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table><br>Nebenbetriebsstättennummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. _____<br>Anschritt, | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table><br>Nebenbetriebsstättennummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Hiermit versichere ich, dass, der nachstehend aufgeführte Operationsstandort den Anforderungen des § 6 an die organisatorischen, bauliche, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (§ 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V) vom 01.01.2004 und gemäß § 5 der Arthroskopie - Vereinbarung vom 08.09.1994 zur Durchführung von ambulanten arthroskopischen Operationen der derzeit gültigen Fassungen entspricht.



**Angaben zum Operationsstandort:**

Ich führe alle ambulanten Arthroskopien **in meiner eigenen** Praxis durch:

- und/oder am **ausgelagerten** Operationsstandort

- falls 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 Arthroskopien außerhalb meiner Praxis erbracht werden, versichere ich, dass meine Präsenzplicht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä/EKV gewährleistet ist.



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beauftragte Kommission, die von mir genutzten Operationsräume auf Übereinstimmung gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V sowie gemäß § 5 der Arthroskopie - Vereinbarung überprüfen kann.

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.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung