

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

Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: qs@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung qualitätsgesicherter ärztlicher Leistungen
im Rahmen von Statuswechsel, Arbeitgeberwechsel, Praxissitzverlegung, Änderung der Gesellschafts-
form/Wechsel der BSNR gemäß den jeweils gültigen Rechtsgrundlagen**

Dieses Formular gilt für Genehmigungsinhaber, die einen identischen oder reduzierten Leistungsumfang unmittelbar nach Wechsel der o. g. Konstellationen erbringen möchten. Bitte beachten Sie, dass die erneute Durchführung und Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen erst nach Erhalt der Abrechnungsgenehmigung möglich ist.

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Leistungserbringer ist Facharzt für	_____										
	(Ggf. auch Schwerpunktbezeichnung)										
Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Grund/Gründe der Antragstellung (Mehrfachnennung ist möglich)	<input type="checkbox"/> Statuswechsel (Zulassung/Anstellung)
	<input type="checkbox"/> Arbeitgeberwechsel
Änderungszeitpunkt tritt ein zum	<input type="checkbox"/> Praxissitzverlegung
	<input type="checkbox"/> Änderung der Gesellschaftsform/ Wechsel der BSNR
Sitzung des Zulassungsausschusses vom	_____
	Datum

	Datum, wenn bekannt

Telefon (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Bitte beachten Sie, dass bei einem erweiterten, als dem bisher genehmigten Leistungsumfang für die zusätzlichen Leistungen ein ergänzender Antrag auf Abrechnungsgenehmigung gemäß den entsprechenden Rechtsgrundlagen bei der Abteilung Qualitätssicherung zu stellen ist. Das gleiche gilt bei weiteren Standorten als den bisher genehmigten.

Leistungsumfang

Es wird aus dem vg. Grund die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der bisher genehmigten Leistungen erneut beantragt.

- Ja
 Nein Folgende Leistungen des bisher genehmigten Leistungsumfanges werden nicht mehr beantragt:

Standorte

Statuswechsel u/o Arbeitgeberwechsel u/o Änderung der Gesellschaftsform

Die qualitätsgesicherten Leistungen werden ausschließlich an den für den vg. Leistungserbringer zuletzt genehmigten Standorten erbracht.

- Ja
 Nein Folgende Standorte werden nicht mehr beantragt:

oder

Praxisverlegung

Die qualitätsgesicherten Leistungen werden an dem für den vg. Leistungserbringer neuen Standort erbracht.

- Ja (Adresse)

Die hinsichtlich weiterer Standorte (z. B. ausgelagerte Praxisräume, üBAG-Standorte) bereits erteilten Genehmigungen für den vg. Leistungserbringer sollen weiterhin bestehen bleiben.

- Ja
 Nein Folgende Standorte werden nicht mehr beantragt:

- keine vorhanden

Angaben zur technischen Ausstattung

Die Erbringung der qualitätsgesicherten Leistungen wird von dem Leistungserbringer mit dem/ den selben zuletzt angezeigten technischen Gerät/en ohne jegliche (Teil-) Änderungen erbracht.

- Ja
 Nein Folgende Geräte bzw. Änderungen sind vorgesehen:

Bitte beachten Sie, dass bei weiteren Geräten, als den bisher genehmigten alle erforderlichen Nachweise gemäß den entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Genehmigung bei der Abteilung Qualitätssicherung beizubringen sind.

Sonstige Voraussetzungen

Die Erfüllung weiterer z. B. baulicher und/oder organisatorischer Voraussetzungen wurde entsprechend den Voraussetzungen der jeweiligen Rechtsgrundlagen nachgewiesen und liegt unverändert vor.

- Ja

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der derzeit entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche Praxisbegehungen, vollumfänglich Folge geleistet wird.

Die KV Berlin behält sich vor, zusätzliche Nachweise zu verlangen, wenn offensichtliche Bedenken an der fachlichen Befähigung oder hinsichtlich des Vorliegens der apparativen Voraussetzungen bestehen. Weiterhin kann die KV Berlin die Fachgebietszugehörigkeit und den bisherigen Versorgungsbereich prüfen, wenn offensichtliche Bedenken bestehen.

Weitere zu prüfenden Voraussetzungen und/oder entgegenstehende gesetzliche Vorgaben bleiben von den Nachweiserleichterungen (Verzicht auf Nachweis der fachlichen, apparativen sowie sonstigen Voraussetzungen) unberührt.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von qualitätsgesicherten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Es wird bestätigt, dass jede Änderung oder Ergänzung der apparativen Ausstattung der KV Berlin unverzüglich mitgeteilt wird.

Ort, Datum

Arztstempel/Unterschrift Antragsteller
(Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung)

ggf. Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)