



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 / 31 003-384
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Botoxbehandlungen bei Blasen-funktionsstörungen

gemäß dem Abschnitt 8.3 EBM oder dem Abschnitt 26.3 EBM

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

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- GOP 08312 EBM Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu der GOP 08311
- GOP 08313 EBM Beobachtung eines Patienten im Anschluss an eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu der GOP 08312

Urologie

- GOP 26316 EBM Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu den GOP 26310 und 26311
- GOP 26317 EBM Beobachtung eines Patienten im Anschluss an eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu der GOP 26316

40161 EBM - Berechnungsfähige Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt

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

- Facharzt für Urologie
- Facharzt für Gynäkologie

- Nachweise über die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

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

- die Einreichung des jährlichen Nachweises über die Teilnahme an einer von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten bei der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin 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 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 Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung. 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)