

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 / 31 003-729  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team3@kvberlin.de](mailto:QS-Team3@kvberlin.de)

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung von Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der jeweils gültigen Fassung  
(gemäß § 27a Absatz 4 i. V. m. § 92 Absatz 1 und § 135 Absatz 1 SGB V)

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

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

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

**Leistung**

- GOP 08521 EBM  
Beratung des Ehepaares
- GOP 08530 EBM  
Insemination ohne Stimulation
- GOP 08531 EBM\*  
Insemination nach hormoneller Stimulation
- GOP 08550, 08555 und 08558 EBM\*  
In-Vitro-Fertilisation einschließlich Insemination nach hormoneller Stimulation

\* Diese Leistungen bitte nur zur Abrechnung beantragen, wenn eine Genehmigung zur Durchführung durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) erteilt bzw. beim LAGeSo beantragt wurde.

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Voraussetzungen gemäß Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

Beratung des Ehepaares gemäß Punkt 10.2 i. V. m. Punkt 20

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Genehmigung der KV Berlin zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung
- liegt der KV Berlin vor
- wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

**oder**

- Nachweis über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin  
Genehmigung der KV Berlin zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung
- liegt der KV Berlin vor
- wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Insemination ohne Stimulation gemäß Punkt 10.1 i. V. m. Punkt 18

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Insemination nach hormoneller Stimulation gemäß Punkt 10.2 i. V. m. Punkt 17

- Genehmigung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin gemäß § 121a SGB V
- ist dem Antrag beigelegt
- wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

In-Vitro-Fertilisation einschließlich Insemination nach hormoneller Stimulation gemäß Punkte 10.2 bis 10.5 i. V. m. Punkt 17

- Genehmigung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin gemäß § 121a SGB V
- ist dem Antrag beigelegt
- wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

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

- jährliche Teilnahme an den bestehenden berufsrechtlichen Maßnahmen der Landesärztekammern zur Qualitätssicherung gemäß Nr. 4.3 der „Richtlinien zur assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer und Erbringung des Nachweises gegenüber der KV Berlin.

Es ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV 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 Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der jeweiligen Fassung gemäß § 27a i. V. m. § 92 und § 135 Abs. 1 SGB V. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)