

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-Team-3@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 (Richtlinien über künstliche Befruchtung)

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

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1"> <tr> <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> </tr> </table>																
☐ Zulassung ☐ Anstellung ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt	☐ Einzelpraxis ☐ BAG	☐ MVZ/Poliklinik ☐ üBAG															
Name des Krankenhauses _____																	

Grund der Antragstellung	
☐ erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	☐ 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 im Spontanzyklus
- ☐ GOP 08531 EBM*
Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen
- ☐ GOP 08536 EBM*
Hormonelle Vorbereitung des Endometriums zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)
- ☐ GOP 08550 EBM*
In-vitro-Fertilisation (IVF), einschl. Kultivierung bis längstens zum Embryo-Transfer (ET)
- ☐ GOP 08555 EBM*
intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), einschl. Kultivierung längstens bis zum Embryo-Transfer(ET)
- ☐ GOP 08558 EBM*
Embryo-Transfer (ET)

* 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 über künstliche Befruchtung**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 im Spontanzyklus 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 (IVF), intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten-Transfer (GIFT) 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.

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 Absatz 5 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 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)