



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin
gemäß den Abschnitten 8.3 bzw. 26.3 des EBM

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw.
vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG (bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll</p>
LANR: <input type="text"/>	LANR: <input type="text"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

Fachliche Voraussetzungen

Ich verfüge über die Anerkennung der Facharztbezeichnung als

- Facharzt/Fachärztin für Urologie

oder

- Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie

und

- verpflichte mich, jährlich an von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten teilzunehmen.

Den Nachweis werde ich jährlich unaufgefordert der KVWL zur Verfügung stellen.

Hinweis:

Die genehmigungspflichtige GOP 08312 (Gynäkologen) bzw. 26316 (Urologen) „**transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin**“ als Zusatzpauschale kann nur im Zusammenhang mit der Grundleistung 08311 (Gynäkologen) bzw. 26310/26311 (Urologen) erbracht werden.

Die Abrechnungsmöglichkeit der **Grundleistung „Uretrozystoskopie“ nach den GOP 08311 für Gynäkologen bzw. 26310/26311 für Urologen** steht unter der Bedingung, dass eine gültige Genehmigung zur Ausführung ambulanter Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115 b SGB V vorliegt. Fehlt diese Genehmigung, dürfen die Leistungen weder durchgeführt noch abgerechnet werden.

Mit meiner Unterschrift

erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**