



A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
der **Funktionsstörung der Hand** nach Abschnitt 7.3 bzw. 18.3 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!

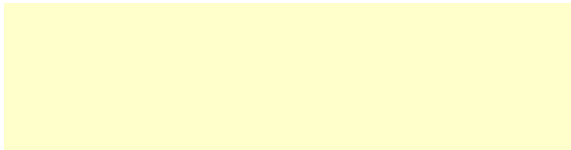
Ich stelle den Antrag für mich		Für den angestellten Arzt	
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG (bitte immer ausfüllen)		in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG Vor- und Zuname des angestellten Arztes,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

Fachliche Befähigung

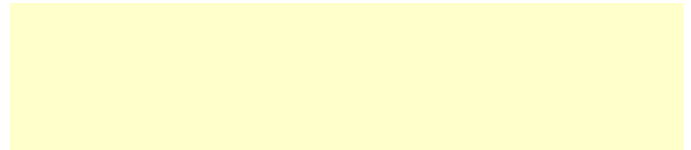
Als Facharzt für Chirurgie, Plastische Chirurgie bzw. Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie verfüge ich **nicht** über die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ und beantrage daher die Abrechnungsgenehmigung.

Mit meiner Unterschrift

erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.



Ort u. Datum



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