



## A n t r a g

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V  
**zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus**

### 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!**

<input type="checkbox"/> Ich stelle den Antrag für mich	<input type="checkbox"/> Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG
<b>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</b> (bitte immer ausfüllen)	<b>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</b>
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"/>

