



A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
phototherapeutischen Keratektomie
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

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:			

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch die anliegenden Unterlagen über:

- die selbstständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser als „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind.

oder

- die selbstständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels Excimer-Laser als „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind.

und

die Teilnahme an einer mindestens zweistündigen Fortbildung zum Thema PTK.

Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene technische Datenbogen/ Gewährleistungsgarantie mit den Angaben zu

Gerätebezeichnung:

(Bitte angeben)

Hersteller:

(Bitte angeben)

Gerätetyp:

(Bitte angeben)

ist dem Antrag beigefügt

wird nachgereicht

liegt der KV bereits vor

Mit meiner Unterschrift

- verpflichte ich mich, jede wesentliche Änderung an der apparativen Ausstattung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mitzuteilen.
- verpflichte ich mich, die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.
- bestätige ich, dass mir bekannt ist, dass zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie zusätzlich die Genehmigung zum Ambulanten Operieren - speziell die Durchführung der Laserbehandlung - erforderlich ist.
- 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)**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die KVWL im Bedarfsfall die bei der ÄKWL vorliegenden Zeugnisse anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen durchführen möchte

Anlage zum Antrag "phototherapeutische Keratektomien "

Angaben zum Leistungsort

Bitte unbedingt ausfüllen, soweit der/die Leistungsort(e) bekannt ist/sind.

1. Die Leistung wird an folgenden Standorten der **Praxis/Gemeinschaftspraxis/ des MVZ/des Krankenhauses** durchgeführt:

(Bitte um Angabe der Adresse und der genauen Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Sollte es sich bei dem Standort um ausgelagerte Praxisräume handeln, bitte die nächste Seite unter 2. ausfüllen.

A.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

B.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

C.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

D.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

und/oder

2. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt**
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (*für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll*)