



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zum
Zweitmeinungsverfahren
nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 27b Abs. 2 SGB V



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

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

Bitte fügen Sie zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen die nach der Zweitmeinungsrichtlinie geforderten Unterlagen (Urkunde über die Facharztanerkennung, Zeugnisse / Bescheinigungen, Fortbildungszertifikat bzw. Bestätigung über die abgeleistete Fortbildung, etc.) – soweit diese der KVWL noch nicht vorliegen – zu den nachfolgenden Punkten dem Antrag bei, damit ohne zeitliche Verzögerung die Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen erfolgen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über

- die Facharztanerkennung „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“

oder

- die Facharztanerkennung “Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

und

- eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit **oder** eine vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit **oder** eine Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem o. g. Gebiet nach Anerkennung der Facharztbezeichnung.

und

- ein aktuelles, von der Ärztekammer ausgestelltes Fortbildungszertifikat, welches die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V bzw. § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V bestätigt, **oder** eine entsprechende von der zuständigen Landesärztekammer anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten

und

- eine durch die zuständige Landesärztekammer erteilte Befugnis zur Weiterbildung im o. g. Gebiet

oder

- eine akademische Lehrbefugnis

Die erforderlichen Nachweise werden beigelegt.

Die erforderlichen Nachweise liegen der KVWL bereits vor.

Ich bin bislang nicht vertragsärztlich tätig und füge **ergänzend** die Kopie der Approbationsurkunde bei.

Sonstige Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich versichere, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten.

Nach § 7 Abs. 6 der Zweitmeinungsrichtlinie ist verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht.

Ich erkläre hiermit, dass keine der genannten finanziellen Beziehungen vorliegen.

Es liegen finanzielle Beziehungen o. g. Art vor. (Bitte auf **gesondertem Blatt erläutern.**)

Über möglicherweise bestehende Interessenskonflikte oder finanzielle Beziehungen soll auf Nachfrage des Patienten/der Patientin zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft gegeben werden (§ 8 Abs. 2 der Zweitmeinungsrichtlinie)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

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

Gemäß § 9 der Zweitmeinungsrichtlinie informiert die Kassenärztliche Vereinigung auf regionalen Informationsplattformen (KVWL-Arztsuche) über die nach der Richtlinie zur Zweitmeinung befugten Ärzte.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**