



## Antrag

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

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



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

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 beigelegt  
wird nachgereicht  
liegt der KV bereits vor

### Mit meiner Unterschrift

- verpflichte ich mich jede wesentliche Änderung an der apparativen Ausstattung der KVWL 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**

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

# 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): .....

**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 der KVWL gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" 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 beigelegt
- liegt der KVWL bereits vor (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)



## Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

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

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich <b>Angaben des Antragstellers:</b>	für einen angestellten Arzt <b>Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:</b>
LANR:	LANR:
<b>Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,</b> der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

**Ausgelagerte Praxisräume** sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung **spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**.

Bei der Aufteilung der Praxis auf Räumlichkeiten an mehreren Orten muss es sich aus Patientensicht um eine einheitliche Praxis handeln. Als „Einheitlichkeit“ ist daher eine Erreichbarkeit von **maximal 30 Minuten Fahrzeit** zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen zugrunde zu legen.

<b>Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:</b>			
Bezeichnung:			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
<b>Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:</b> Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
<b>Entfernung</b> zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
	km		Fahrzeit

