



QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

## 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

angestellt

persönlich ermächtigt

ab:

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 abgeleitete Fortbildung, etc. ) – soweit diese der KVWL noch nicht vorliegen – zu den nachfolgenden Punkten dem Antrag bei, damit ohne zeitliche Verzögerung die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen erfolgen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zweitmeinungsverfahren „**Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)**“

Ich verfüge über die Facharztanerkennung „Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“

Zweitmeinungsverfahren „**Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)**“

Ich verfüge über die Facharztanerkennung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

Zweitmeinungsverfahren „**Arthroskopische Eingriffe an der Schulter**“

Zweitmeinungsverfahren „**Implantationen einer Knieendoprothese**“

Zweitmeinungsverfahren „**Hüftgelenkersatz**“

Ich verfüge über die Facharztanerkennung

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Zweitmeinungsverfahren „**Eingriffe an der Wirbelsäule**“

Ich verfüge über die Facharztanerkennung

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Neurochirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Neurologie
- Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie, jeweils mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Zweitmeinungsverfahren „**Cholezystektomie**“

Ich verfüge über die Facharztanerkennung

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

<input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren „ <b>Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen</b> “ Ich verfüge über die Facharztanerkennung - Innere Medizin und Kardiologie / Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie <input type="checkbox"/> - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie
<input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren „ <b>Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats</b> “ Ich verfüge über die Facharztanerkennung - Innere Medizin und Kardiologie / Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie <input type="checkbox"/> - Herzchirurgie <input type="checkbox"/> - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie
<input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren „ <b>Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom</b> “ Ich verfüge über die Facharztanerkennung - Innere Medizin und Angiologie <input type="checkbox"/> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie <input type="checkbox"/> - Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie <input type="checkbox"/> - Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie <input type="checkbox"/> - Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/> - Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie - Allgemeinchirurgie <input type="checkbox"/> - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie <input type="checkbox"/>
<b>Zusätzliche Voraussetzungen „Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom“:</b>
Ich bestätige, in den letzten 5 Jahren pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt zu haben. <input type="checkbox"/> <b>Ein geeigneter Nachweis hierüber ist beigefügt.</b>
Ich bestätige, mit einem oder mehreren Ärzten der o. g. Facharztgruppen* (s. Fachliche Voraussetzungen) so zusammenzuarbeiten, dass deren Expertise bei Bedarf genutzt werden kann. Es liegt eine schriftliche Vereinbarung zur Kooperation vor. <input type="checkbox"/>
<p><i>* Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie sowie Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie haben hierbei die Kooperation mit Fachärzten für Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zu bestätigen.</i></p> <p><i>Fachärzte für Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopäde oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie haben hierbei die Kooperation mit Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie und/oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie zu bestätigen.</i></p>
<b>Weitere fachliche Voraussetzungen</b>
eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit <b>oder</b> eine vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit <b>oder</b> eine Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem o. g. Gebiet nach Anerkennung der Facharztbezeichnung <input type="checkbox"/>

und

ein von der Ärztekammer ausgestelltes Fortbildungszertifikat, welches zur Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V bzw. § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V geeignet ist, **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.

### Fachliche Voraussetzungen - Nachweise

Die erforderlichen o. g. Nachweise sind beigelegt.

Die erforderlichen o. g. Nachweise liegen der KVWL bereits vor.

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

### Sonstige Voraussetzungen

- 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-Arztuche) 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)