

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Abrechnung/Honoraranträge
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Antrag für Dermatologen

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **dermatohistologischen Leistungen**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ (Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____ (Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: _____ tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____ tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj

2. Beantragung


Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:

Histologie und Zytologie	
<input type="checkbox"/> GOP 19310	- Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials
<input type="checkbox"/> GOP 19312	- Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19315 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren
<input type="checkbox"/> GOP 19320	- Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens


3. Fachliche Voraussetzungen

Ich bin Fachärztin / Facharzt für
<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten

Qualifikationsnachweis
<input type="checkbox"/> Nachweis einer mindestens zweijährigen dermatohistologischen Weiterbildung



Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein



Rechtlicher Hintergrund

Auszug aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- Hautärztlicher Versorgungsbereich nach der Präambel 10.1 in Verbindung mit
- dem Abschnitt 19.3 Diagnostische pathologische Gebührenordnungspositionen

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter
------------	---

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift angestellter Arzt
------------	--------------------------------

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Nachweis einer mindestens zweijährigen dermatohistologischen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
2) Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.