

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen
der Blasenfunktionsstörung/Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin nach Abschnitt 8.3 bzw. 26.3 EBM.

Anforderungen an die fachliche Befähigung

Ich weise die fachliche Qualifikation wie folgt nach:

Nachweis über die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 Fortbildungspunkten innerhalb der letzten 12 Monate.

entsprechende Teilnahmebescheinigungen sind beigelegt

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, jährlich an von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildungen zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 Fortbildungspunkten teilzunehmen und dies der KVSA unaufgefordert nachzuweisen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte