

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von dermatohistologischen Leistungen**

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 der Leistungen von dermatohistologischen Leistungen gemäß Abschnitt 10.1 Nr. 5 des EBM (GOP 19310, 19312 und 19320 des EBM).

Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung

- Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung von der KV _____ erhalten.
- Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Mit der/m beigefügten Urkunde/Zeugnis weise ich eine mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung nach.
- Die Urkunde/n liegt/liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Ort der Leistungserbringung

Ich erbringe die beantragten Leistungen unter folgender/n Anschrift/en:

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

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