

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Schwangerschaftsabbrüche

**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 ambulanter Schwangerschaftsabbrüche nach der Richtlinie des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftskonfliktgesetz.**

Grundsätzlich gelten für alle Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen nach § 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz und § 24b Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V. Es müssen die notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen – auch zur Beherrschung von Notsituationen – erfüllt werden. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung nach dem Eingriff müssen gewährleistet sein.

Hiermit bestätige ich die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen.

Folgende Leistungen werden beantragt:

**medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche**

Ort der Durchführung:  Hauptadresse  Nebenbetriebsstätte  ausgelagerte Praxisräume unter der Anschrift:  

---

**operative Schwangerschaftsabbrüche**

Ort der Durchführung:  Hauptadresse  Nebenbetriebsstätte  ausgelagerte Praxisräume unter der Anschrift:  

---

#### **Nachweis der fachlichen Voraussetzungen**

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.
- Ich verfüge für den o.a. Operationsort über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ambulanten Operationen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.
- Mit der als Anlage beigefügten Genehmigung durch das Gesundheitsamt des zuständigen Landkreises weise ich die Anerkennung als Einrichtung für die Durchführung von ambulanten medikamentösen und/oder operativen Schwangerschaftsabbrüchen nach.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

---

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