

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der Handchirurgie**

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 der Handchirurgie nach den Nummern 07330 bzw. 18330 und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.**

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Chirurgie, ggf.
  - Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Facharzt für Plastische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Facharzt für Orthopädie, ggf.
  - Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ggf.
  - Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Die Urkunde/n liegt/en der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.

### 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