

**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**

- 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