

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
der phototherapeutischen Keratektomie**

**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 auf Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.**

### Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 3

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Augenheilkunde.
- Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.  
 Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.
- und**
- Mit dem als Anlage beigefügten Zeugnis weise ich die selbstständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser nach.
- oder**
- Mit dem als Anlage beigefügten Zeugnis weise ich die selbstständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers nach.
- und**
- Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die erfolgreiche Teilnahme an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK nach.

### Nachweis der apparativen Voraussetzungen gemäß § 4

- Ich verfüge über einen Excimer-Laser.
- Mit der als Anlage beigefügten Gewährleistungserklärung des Herstellers weise ich nach, dass ich zur sachgerechten Durchführung der photodynamischen Therapie einen Excimer-Laser mit CE-Kennzeichnung verwende, welcher geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der PTK-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Leistungserbringung an die Indikationsstellung nach § 5 sowie an die Dokumentationen gemäß §§ 6 und 7 der PTK-Vereinbarung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die apparative Ausstattung, 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