

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der  
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)**

**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 Stoßwellenlithotripsie nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Verordnung Anlage I Nr. 4.**

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

Entsprechend den Qualifikationsvoraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) werden folgende Nachweise erbracht:

- Selbstständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien**
- 20 perkutane Nephrostomien und mindestens 20 retrograde Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung** (Anforderung ist bei Ärzten mit Gebietsbezeichnung „Arzt für Urologie“ erfüllt.)
- Nachweis zur Genehmigung und Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)**  
oder (falls Genehmigung nicht vorliegt) Genehmigung wurde am \_\_\_\_\_ beantragt.
- Nachweis zur Genehmigung und Abrechnung der Röntgendiagnostik des Harntraktes**  
oder (falls Genehmigung nicht vorliegt) Genehmigung wurde am \_\_\_\_\_ beantragt.

### Entsprechende Nachweise:

- sind dem Antrag beigelegt.
- liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

### Erklärung

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