

**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 beigefügt.
- 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