

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung**

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 von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- ☐ Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt bzw. fakultativer Weiterbildung im Gebiet Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin.
 - ☐ Die Urkunde/n liegt/en der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - ☐ Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigelegt.
- ☐ Ich verfüge über die Genehmigung durch die zuständige Behörde gemäß § 121 a SGB V (Ärztchammer Sachsen-Anhalt).
 - ☐ Als Nachweis ist dem Antrag eine Kopie der Genehmigung beigelegt.
- ☐ Ich verfüge über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung folgender Gebiete durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt:
 - ☐ Psychosomatische Grundversorgung
 - ☐ Ambulante Operationen nach § 115 b (1) SGB V
 - ☐ Ultraschall Diagnostik der weiblichen Genitalorgane

Nachweis der technischen Voraussetzungen

Die Durchführung der erforderlichen Laboratoriumsuntersuchungen erfolgt in folgendem, ständig verfügbaren bzw. einsatzbereiten, Laboratorium:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Entfernung zur Praxis: _____ km.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Richtlinien des GBA über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sowie die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Ärztekammer Sachsen-Anhalt betreffend die korrekte Leistungserbringung und die Dokumentation zu erfüllen sowie an Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen.
2. 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