

**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

I
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