

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung**A N T R A G**
zur Ausführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als: Eigener Niederlassung Ermächtigter Arzt Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Augenheilkunde o ja o nein

2. selbständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differenzialdiagnostik patholog. Veränderungen bei Vorliegen einer AMD o./u. einer patholog. (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen innerhalb der letzten 5 Jahre o ja o nein

3. selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund innerhalb der letzten 5 Jahre o ja o nein
4. bei Nichterfüllung der Voraussetzung nach Pkt. 1.3 Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer innerhalb der letzten 12 Monate, Anforderungen an Kursleiter und Kursinhalt gem. Vereinbarung sind erfüllt o ja o nein

III. Apparative Voraussetzungen

1. Das zur Ausführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund erforderliche Lasergerät (Photoaktivator) ist geeignet den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren. o ja o nein
2. Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte (**Bestätigung Anlage 1**) o ja onein

IV. Erklärung

1. Ich verpflichte mich, die gemäß § 5 der Vereinbarung geforderte Dokumentation durchzuführen.
2. Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg durch die Vorlage von jährlich 10 abgerechneten Fällen die ärztliche Dokumentation gemäß § 5 in Verbindung mit § 6 der Vereinbarung überprüft.

V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden
 dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
-------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: qs@kvbb.de