

Antrag auf Genehmigung: Phototherapeutische Keratektomie (QS-Vereinbarung PTK)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 9 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

Fachliche Voraussetzungen* **-bitte beifügen-**

- Gebietsbezeichnung Augenheilkunde
 - Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser
- oder

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Nachweise über die selbstständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und die Teilnahmebescheinigung einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK.

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Technischer Datenbogen gemäß § 4

Erklärung

- Wesentliche Änderungen an der apparativen Ausstattung werden der KVSH mitgeteilt.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass bei Durchführung und Abrechnung von phototherapeutischen Keratektomien gemäß § 115b SGB V Ambulantes Operieren ein gesonderter Antrag (zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) zu stellen ist.

Unterschrift(en)

_____ Datum

_____ ggf. Praxisstempel

_____ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

_____ Angestellte Person