

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interstitiellen LDR Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitiellen LDR Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

Genehmigung der KV _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

Name der Einrichtung	BSNR (Betriebsstätten-Nr.)
----------------------	----------------------------

2. Die Antragstellung erfolgt

für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)

für

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet	Schwerpunkt
------------	-------------

niedergelassen (zugelassen), angestellt, ermächtigt seit: _____ Datum

4. Ort der Leistungserbringung:

Betriebsstätte Nebenbetriebsstätte¹ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten:

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

Tel./Fax/E-Mail

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

