

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

E-Mail: [chirotherapie@kvno.de](mailto:chirotherapie@kvno.de)  
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 170

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von chirotherapeutischen Leistungen

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit  
\_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
\_\_\_\_\_

Zulassung/Ermächtigung ab: \_\_\_\_\_

Die Durchführung der Leistungen nach den GOP 30200 und 30201 setzt eine besondere ärztliche Qualifikation voraus, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen ist.

### Qualifikationsnachweis

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung -Chirotherapie-.
  
- Beantragung für die Durchführung der GOP 30200 und 30201

Die entsprechenden Unterlagen liegen bei.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

#### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.