

Hauptabteilung
Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Ulrike Gilgenbach
Telefon: (0211) 5970 8276
Fax: (0211) 5970 33148
E-Mail: Botox@kvno.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und
Abrechnung der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin
gemäß den Abschnitten 8.3 bzw. 26.3 des EBM**

.....
Name, Vorname, ggf. Titel

.....
LANR (lebenslange Arztnummer)

BSNR (Betriebsstätten-Nr.) (wenn bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des
Krankenhauses)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

ggf. von der Praxisanschrift abweichender Leistungsort:

.....
(N)BSNR, PLZ/Ort, Straße, Hausnummer

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....
(N)BSNR, Name

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....
(N)BSNR, Name(n)

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....
(N)BSNR, Name(n)

ermächtigte(r) Krankenhausärztin/-arzt, Name des Krankenhauses:

.....

Fachliche Voraussetzungen:

Ich verfüge über die Anerkennung der Facharztbezeichnung als

- Facharzt/Fachärztin für Urologie
oder

- Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie

- Ich habe im letzten Jahr vor Antragsstellung an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME Punkten teilgenommen.

Ein Nachweis hierüber ist diesem Antrag beigelegt.

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen des Ambulanten Operierens für den Bereich kleine invasive Eingriffe

liegt vor

ist beantragt

Fortbildung:

Ich verpflichte mich, jährlich an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten teilzunehmen.

.....

Datum

Vertragsarztstempel

.....

Unterschrift des Antragstellers / Unterschrift des anstellenden Arztes

.....

Unterschrift des angestellten Arztes