



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## A N T R A G

**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Beratung zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D ( NIPT- RhD) und zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13,18 und 21 gemäß Abschnitt C und Anlagen 7 und 8 der Mutterschafts-Richtlinien**

### 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 durchgeführt (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift.

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

3. \_\_\_\_\_

(Adresse)

## II. Fachliche Voraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

und

- Nachweis der „Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung“ gemäß Gendiagnostikgesetz § 7 Abs. 3 in Verbindung mit der Richtlinie der Gendiagnostikkommission vom 1.7.2011 gemäß § 23 Abs.2 Nr. 2a GenDG

## III. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV .....

am ..... erhalten.

Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

## IV. Erklärung/Verpflichtung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die vorstehenden Daten zu meiner Person gemäß § 285 Abs. 1 SGB V zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt,
- fehlende, unrichtige oder ungenaue Angaben sich nachteilig auf den Ausgang des Verwaltungsverfahrens auswirken können.

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

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:  
Stempel und 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.