



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## A N T R A G

### zur Ausführung von Leistungen auf dem Gebiet phototherapeutischer Keratektomien

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

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Voraussetzungen

Zum Nachweis der selbständigen Durchführung von

- a) 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser habe ich „log-files“ (Papierform oder elektronisch) beigefügt, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind   
oder
- b) 10 Eingriffen mittels Excimer-Laser habe ich „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weitere Unterlagen beigefügt, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind   
und
- c) eine Bescheinigung über die Teilnahme an einer mindestens zweistündigen Fortbildung zum Thema PTK

## III. Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Techn. Datenbogen/Gewährleistungsgarantie für den Excimerlaser

- ist dem Antrag beigefügt   
wird nachgereicht   
liegt der KV bereits vor

### Gerätebezeichnung:

Hersteller:

### Gerätestandort

Das Lasergerät steht

- in meiner Praxis   
in den Räumen der Leistungserbringergemeinschaft, des MVZ, im Krankenhaus,  
Nebenbetriebsstätte

.....  
Angabe der vollständigen Adresse

#### IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

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:  
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.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)