



**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung**  
**von speziellen laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen aus dem**  
**Kapitel 32.3/EBM bzw. entsprechende Leistungen aus dem**  
**Kapitel 1.7.4 und 1.7.5/EBM**

Nach dem Anhang zu Abschnitt E (vom 01.01.1993) der Laborrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die fachliche Befähigung zur Erbringung von Laboratoriumsleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 135 Abs. 2 SGB V als Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte und des Bundesmantelvertrages-Ersatzkassen ist ein besonderer Fachkundenachweis zu führen.

**Angaben des Antragstellers:**

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

Ich stelle diesen Antrag für mich  oder für meinen angestellten Arzt

*Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen.*

**Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:**

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

**Angaben zu dem Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:**

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Anerkennung durch die Ärztekammer des Landes)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von)

\_\_\_\_\_  
(Gemeinschaftspraxis mit)

\_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Beantragte Laboratoriumsuntersuchungen

**Hinweis:**

**Alle Leistungen, die mittels Radioimmunoassay (RIA) und/oder als immunoradiometrisches Assay (IRMA) erbracht werden, sind nach der Vereinbarung Strahlendiagnostik und –therapie zu beantragen.**

**Kapitel 1.7 EBM (Mutterschaftsvorsorge und Empfängnisregelung):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

**Kapitel 32.3.1 EBM (Mikroskopische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

**Kapitel 32.3.2 EBM (Funktionsuntersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

**Kapitel 32.3.3 EBM (Gerinnungsuntersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechende Gebührennummer ein.)

**Kapitel 32.3.4 EBM (Klinisch-chemische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

**Kapitel 32.3.5 EBM (Immunologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

**Kapitel 32.3.6 EBM (Blutgruppenserologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.7 EBM (Infektionsimmunologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.8 EBM (Parasitologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.9 EBM (Mykologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.10 EBM (Bakteriologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.11 EBM (Virologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

### **Kapitel 32.3.12 EBM (Molekularbiologische Untersuchungen):**

(Bitte tragen Sie die entsprechenden Gebührennummern ein.)

Die Laborparameter werden mit folgender Methode bestimmt:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Immunoassay                                   | <input type="checkbox"/> Hämagglutination         | <input type="checkbox"/> Immunnephelometrie   |
| <input type="checkbox"/> Immunfluoreszenz                              | <input type="checkbox"/> Hämagglutinationshemmung | <input type="checkbox"/> Immunturbidimetrie   |
| <input type="checkbox"/> Komplementbindungsreaktion                    | <input type="checkbox"/> Bakterienagglutination   | <input type="checkbox"/> Fluometrie           |
| <input type="checkbox"/> Immunpräzipitation                            | <input type="checkbox"/> Immunoblot               | <input type="checkbox"/> Durchflusszytometrie |
| <input type="checkbox"/> Mittels markierter<br>Monoklonaler Antikörper | <input type="checkbox"/> Mikroskopisch            |   |

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen habe ich ein Zeugnis beigefügt.

**Für die Zulassung zum Kolloquium (Fachgespräch) sind Zeugnisse über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die jeweils beantragte(n) laboratoriumsmedizinische(n) Untersuchung(en) vorzulegen, die von dem zur jeweiligen Weiterbildung ermächtigten Arzt unterzeichnet sein müssen und insbesondere folgende Angaben enthalten sollen:**

- Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand, angewandten laboratoriumsmedizinischen Methoden und untersuchten Parameter sowie
- Aufstellung der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboratoriumsuntersuchungen und die dafür jeweils aufgewendete Ausbildungszeit.

**Hinweis:**

*Nach den Labor-Richtlinien ist die Teilnahme an einem Kolloquium für die beantragten labormedizinischen Untersuchungen zwingend vorgeschrieben.*

*Lediglich für die im Folgenden genannten Fachgruppen und die jeweils aufgeführten Laboruntersuchungen entfällt die Teilnahme am Kolloquium.*

- Arzt für Laboratoriumsmedizin
- Arzt für Mikrobiologie
- Arzt für Infektionsepidemiologie  
bei Antrag auf Durchführung und Abrechnung blutgruppenserologischer, mikroskopischer, immunologischer, infektionsimmunologischer, parasitologischer, mykologischer, bakteriologischer und/oder virologischer Laboratoriumsuntersuchungen
- Ärzte aus den neuen Bundesländern, die die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung Arzt für Mikrobiologie und Arzt für Infektionsepidemiologie nach 1970 erworben haben, bei Antrag auf Durchführung und Abrechnung mikroskopischer, immunologischer, infektionsimmunologischer, parasitologischer, mykologischer, bakteriologischer und/oder virologischer Laboratoriumsuntersuchungen und
- Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung Arzt für Transfusionsmedizin bei Antrag auf Durchführung und Abrechnung blutgruppenserologischer, immunologischer und/oder infektionsimmunologischer Untersuchungen

**Hinweis zur persönlichen Leistungserbringung**

Nach §§ 25 und 28 Bundesmantelvertrag/Ärzte-Arzt/Ersatzkassenvertrag kann der Teil 3 der Befunderhebung nicht bezogen werden, sondern muss nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht werden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Teil 3 der Befunderhebung nicht beziehe, sondern nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbringe.**

Die speziellen Laboratoriumsuntersuchungen führe ich an folgendem Standort durch:

in meiner Praxis

oder

in den Räumen eines Kollegen, einer Apparategemeinschaft oder im Krankenhaus

---

(Ort/Datum)

---

(Stempel/Unterschrift)