



**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung**  
**der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen nach der Nr. 26330 EBM**

**WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG**

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) \_\_\_\_\_  
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

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

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes ist) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ** \_\_\_\_\_  
angestellt seit/ab:

**Die Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht**

**1. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**2. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**Folgende Qualifikationsnachweise sind zu erbringen:**

(Bitte dem Antrag entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen beifügen.)

- 1.  Selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien
- 2.  Durchführung von mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung (bei Urologen ist dieser Nachweis unter 2. mit der Facharztanerkennung erbracht)
- 3.  Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitale)
- 4.  Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Röntgendiagnostik des Harntraktes
- 5.  Standort des Lithotripter: .....
- 6.  Bauartzulassung des Gewerbeaufsichtsamtes für den Lithotripter liegt bei.

(Bestehen trotz Vorlage der Nachweise begründete Zweifel an der Qualifikation des Antragstellers, kann die Erteilung der Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem fachspezifischen Kolloquium abhängig gemacht werden.)

**Wichtiger Hinweis:**

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung ...), die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

**Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw. anstellender Arzt der Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes