



**Antrag**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen**  
**gemäß der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur**  
**Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem**  
**Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der**  
**vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V**

**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)

**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): \_\_\_\_\_

### Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

### Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

bitte ankreuzen

- die Zusatzbezeichnung "Infektiologie"

**oder**

- die Teilnahme an einem Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ mit den nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA definierten Inhalten

**oder**

- Online-Training mit anschließendem Fragetest (unter: [http://www.kbv.de/html/themen\\_3094.php](http://www.kbv.de/html/themen_3094.php))

Entsprechende Nachweise sind beigefügt.

#### Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei, 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