

**Antrag**  
**auf Durchführung und Abrechnung der phototherapeutischen**  
**Keratektomie 31362 EBM**  
**gem. der Qualitätssicherungs-Vereinbarung PTK nach**  
**§ 135 Abs. 2 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 Betriebstätte/n erbracht**

**1. Betriebstätte** \_\_\_\_\_

(Adresse)

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

**2. Betriebstätte** \_\_\_\_\_

(Adresse)

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

## Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

## Fachliche und apparative Voraussetzungen

Nach Abschnitt B (Genehmigungsvoraussetzungen) § 9 weise ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach:

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a) Nachweis der selbständigen Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser durch die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>oder</b>  |                          |                          |
| b) Nachweis der selbständigen Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers durch die Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind sowie ein Teilnahmenachweis an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 4 der QS-Vereinbarung mittels beiliegendem Gerätenachweis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Erklärung

Im Zusammenhang mit dem vorstehenden Antrag gebe ich folgende Erklärung ab:

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich verpflichte mich, die Indikation und die Durchführung der PTK gemäß § 6 Punkt (2) und (3) der QS-Vereinbarung, zu dokumentieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verpflichte mich, die ärztlichen Dokumentationen zum Zweck der Überprüfung zur Verfügung zu stellen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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

