



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich

Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Fachbereich Qualitätssicherung

Postfach 60 08 61

14408 Potsdam

A N T R A G

für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

entsprechend der Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

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 Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n
erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 6 der Richtlinie

1. Facharzt für Strahlentherapie
oder
Facharzt für Urologie
und
2. für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz
(gem. Anlage A1 NR.2.2.3 der StrlSchV: Anwendung umschlossener radioaktiver Stoffe zur permanenten Implantation)

➔ **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen dem Antrag in Kopie bei.**

III. Informierte Entscheidungen gemäß § 5 der Richtlinie

Dem Patienten ist im Zuge des ärztlichen Aufklärungsgespräches die Patienteninformation nach Anlage I auszuhändigen, sofern er diese nicht bereits erhalten hat.

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich damit einverstanden, dass mein Name ja
an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird. nein

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Praxisinhaber bzw.
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
QS@kvbb.de