



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**ERKLÄRUNG**  
zur Teilnahme am Vertrag zur Förderung ambulanter Hernienoperationen gemäß § 73a  
SGB V

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

eigener Niederlassung

angestellter Arzt in einer Einrichtung / im MVZ

angestellter Arzt in einer Arztpraxis bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

3. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Abrechnungsgenehmigung ambulantes Operieren

Ich besitze eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen

- ja  
 nein

## III. Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringe und verpflichte mich, die Anforderungen der Regelungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren zu erfüllen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Vorgaben und wissenschaftlich anerkannten Richtlinien bezüglich der bestehenden Hygienestandards.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Stempel und Unterschrift  
Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers