

Leistungsübersicht im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit

Antragsteller/in	
Titel _____ Name _____, Vorname _____	
Antragstellung für (falls abweichend vom Antragsteller/in)	
Titel _____ Name _____, Vorname _____	
Facharztbezeichnung _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Einzelpraxis / MVZ / BAG:	
_____ Adresse	

- Ich möchte im Rahmen der beantragten belegärztlichen Tätigkeit **keine genehmigungspflichtige** Leistung erbringen
- Ich möchte folgende genehmigungspflichtige Leistungen innerhalb der beantragten belegärztlichen Tätigkeit erbringen und über die KVB abrechnen:

Arthroskopie	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie	<input type="checkbox"/>
Computertomographie	
Kopf / Ganzkörper	<input type="checkbox"/>
Bestrahlungsbehandlung	<input type="checkbox"/>
Diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/>
Dünndarm-Kapselendoskopie	<input type="checkbox"/>
Histopathologie im Rahmen des Hautkrebs-Screening	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Radiologie (Katheterangeographien)	<input type="checkbox"/>
Invasive Kardiologie (Linkskatheteruntersuchungen)	<input type="checkbox"/>
IVM -Intravitreale Medikamenteneingabe	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie	
MRT Angiographie	<input type="checkbox"/>
MRT Ganzkörper	<input type="checkbox"/>
MRT Mamma	<input type="checkbox"/>
Knochendichtemessung/Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	<input type="checkbox"/>
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>
Laserverfahren beim benignen Prostatasyndrom	<input type="checkbox"/>

Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Molekulargenetische Diagnostik	<input type="checkbox"/>
Neugeborenen-Screening	<input type="checkbox"/>
Neurophysiologische Übungsbehandlung (die GOP 30300 kann nur im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit erbracht werden)	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Otoakustische Emissionen	<input type="checkbox"/>
Photodynamische Therapie	<input type="checkbox"/>
Positronen-Emissions-Tomographie	<input type="checkbox"/>
Positronen-Emissions-Tomographie mit CT	<input type="checkbox"/>
Polygraphie	<input type="checkbox"/>
Polysomnographie	<input type="checkbox"/>
Rhythmusimplantat-Kontrolle (nur Funktionsanalyse)	<input type="checkbox"/>
Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
Sonographie	<input type="checkbox"/>
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Vakuumbiopsie der Brust	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt- ärztin /
Vertragspsychotherapeut- therapeutin /
MVZ/BAG Vertretungsberechtigte/r / Angestellter/in



Stempel Antragsteller