

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Abrechnung/Honoraranträge  
Vogelsgarten 6  
90406 Nürnberg

### Antrag für Dermatologen

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **dermatohistologischen Leistungen**

#### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:

<b>Histologie und Zytologie</b>	
<input type="checkbox"/> <b>GOP 19310</b>	- Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials
<input type="checkbox"/> <b>GOP 19311/19311U</b>	- Zytologische Untersuchung eines Materials
<input type="checkbox"/> <b>GOP 19312</b>	- Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311/19311U und 19315 für histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren
<input type="checkbox"/> <b>GOP 19320</b>	- Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens

## 3. Fachliche Voraussetzungen

<b>Ich bin Fachärztin / Facharzt für</b>
<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten

<b>Qualifikationsnachweis</b>
<input type="checkbox"/> Nachweis einer mindestens zweijährigen dermatohistologischen Weiterbildung

<b>Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?</b>
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

## Rechtlicher Hintergrund

Auszug aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung


- Hautärztlicher Versorgungsbereich nach der Präambel 10.1 in Verbindung mit
- dem Abschnitt 19.3 Diagnostische pathologische Gebührenordnungspositionen

<b>Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / dieses Antrags.</b>
--

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt /  
BAG-Vertretungsberechtigter /  
MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Nachweis einer mindestens zweijährigen dermatohistologischen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
2) Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.