

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Abrechnung/Honoraranträge  
Vogelsgarten 6  
90406 Nürnberg

### Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **Entwicklungsuntersuchungen im hausärztlichen Versorgungsbereich**

#### 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:

- GOP 03350** - Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes
- GOP 03351** - Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen
- GOP 03352** - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der GOPen 03350 und/oder 03351 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung

## 3. Fachliche Voraussetzungen

### Ich bin Fachärztin/Facharzt bzw. Ärztin/Arzt

- für Allgemeinmedizin
- für Praktische Medizin
- für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (hausärztlich tätig)
- für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (hausärztlich tätig)
- ohne Gebietsbezeichnung

### Qualifikationsnachweis

- Nachweis einer mindestens einjährigen pädiatrischen Weiterbildung.

**oder**

- Nachweis (Häufigkeitsstatistik), aus dem hervorgeht, dass Sie die Leistungen nach den GOPen 03350\*, **03351 und 03352** bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet haben.

GOP lt. EBM 2000 plus	GOP lt. EBM '96
03350	-
03351	1620, 1622
03352	956

\* Die GOP 03350 wurde zum 01.01.2009 neu in den EMB 2000 plus aufgenommen.

### Wurde Ihnen bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- Ja
- Nein

## Rechtlicher Hintergrund

Auszug aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- Hausärztlicher Versorgungsbereich nach der Präambel 3.1 in Verbindung mit
- dem Abschnitt 3.2.3 Besondere Leistungen

**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.**

**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 einjährigen pädiatrischen Weiterbildung oder	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis (Häufigkeitsstatistik), aus dem hervorgeht, dass Sie die Leistungen nach den GOPen 03350*, 03351 und 03352 bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet haben	<input type="checkbox"/>
3) 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.