



**HAUPTSTELLE**  
Abteilung für Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Jennifer Schuster  
Telefon (0211) 5970-8594  
Telefax (0211) 5970-33131  
E-Mail Augenheilkunde@kvno.de

Ansprechpartner: Simone Mc Kay  
Telefon (0211) 5970-8245  
Telefax (0211) 5970-33131  
E-Mail Augenheilkunde@kvno.de

**A n t r a g**  
**auf Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an dem Vertrag**  
**vitreo-retinale Chirurgie**

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Facharzt für: .....  
Telefon und Telefax: .....  
Lebenslange Arztnummer: .....  
BSNR der Praxis: .....

**Angestellte(r) Ärztin / Arzt bei:**  
.....

**Die vitreo-retinalen Eingriffe führe ich durch am Standort:**  
Name / Bezeichnung .....  
.....  
Straße .....  
PLZ / Ort .....  
Telefon und Telefax .....  
BSNR: .....

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich mindestens die nachfolgend aufgeführten Vertragsanforderungen erfülle:

- § 2 Teilnahmevoraussetzungen für Ophthalmochirurgen
  - § 3 Durchführung des Verfahrens zur Teilnahme von Ophthalmochirurgen
  - § 4 Indikation zur Operation
  - § 7 Dokumentation
- 
- Ich erkläre, dass ich den Vertrag über die Durchführung und Abrechnung ambulanter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) inhaltlich zur Kenntnis genommen habe.

Weiterhin bestätige ich, dass ich alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen der KV Nordrhein **unverzüglich** mitteilen werde.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers/  
ggf. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Vertragsarztstempel

.....  
ggf. Unterschrift des angestellten Arztes

**Anlagen:**

- Zeugnis / Nachweis zu den in § 2 Abs. 1 Buchstabe b beschriebenen Operationen
- Beleg über die Qualifikation des in § 2 Abs. 1 Buchstabe b beschriebenen Weiterbilders
- Nachweis über die in § 2 Abs. 1 Buchstabe c beschriebenen mindestens 150 weiteren Netzhaut-/Glaskörpereingriffe
- Nachweis über die Qualifikation der Sterilgutassistenten/-innen