

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

E-Mail: [Zweitmeinung@kvno.de](mailto:Zweitmeinung@kvno.de)  
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 164

## Antrag auf Genehmigung zur Erbringung einer ärztlichen Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen

- Tonsillektomie/Tonsillotomie  Hysterektomie

### I. Angaben zur Person und zur Tätigkeit

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

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

Facharzt für: \_\_\_\_\_

Vertragsarztsitz: \_\_\_\_\_

#### Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung  im Krankenhaus angestellter Arzt \*  
 Angestellter Arzt in einer Einrichtung/ im MVZ  in privatärztlicher Tätigkeit \*  
 Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

\*Im Krankenhaus angestellte Ärzte und privatärztlich tätige Ärzte müssen parallel zu diesem Antrag auch einen Antrag auf Ermächtigung beim Zulassungsausschuss für Ärzte stellen.

### II. Fachliche Anforderungen

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung bzw. an die besondere Qualifikation sind nach § 7 Abs. 2 bis 4 ZM-RL (Zweitmeinungsrichtlinie) durch die Vorlage von nachfolgend aufgeführten Zeugnissen und Bescheinigungen nachzuweisen:

Facharztanerkennung für das jeweilige Gebiet\*

Nach der Facharztanerkennung eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit auf dem Gebiet der Anerkennung\*

Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V\* (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

**\* Diese Nachweise müssen nicht vorgelegt werden, wenn Sie bereits im Arztregister Nordrhein eingetragen sind und Ihr Einverständnis zur Einsichtnahme auf Ihr Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer erklärt haben.**

Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die zuständige Landesärztekammer

**oder**

Nachweis einer akademischen Lehrbefugnis

**(bitte Nachweise in Kopie beifügen)**

### III. Sonstige Voraussetzungen

Die in § 8 ZM-RL benannten Aufgaben sind mir bekannt und ich werde sie insbesondere auch unter Einbeziehung ärztlicher Vorbefunde gemäß Absatz 5 einhalten.

### IV. Erklärungen

Ich erkläre, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten und die in § 7 Abs. 5 und 6 i. V. m. § 8 der ZM-RL vorgegebenen Anforderungen und Aufgaben des zweitmeinungsgebenden Arztes in vollem Umfang zu erfüllen.

Ich erkläre, dass **keine** finanziellen Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen.

Mir ist bekannt, dass meine Kontaktdaten auf regionalen und überregionalen Informationsportalen der KVNO sowie der Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht werden. Ich willige hiermit in die Veröffentlichung meiner Daten (Name, Kontaktdaten, Fachgebiet, Zweitmeinungsthema) entsprechend § 9 ZM-RL ein. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.