

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung zur speziellen  
Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten  
Staphylococcus aureus (MRSA)**

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

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

**Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit  
\_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
\_\_\_\_\_

Zulassung/Ermächtigung ab: \_\_\_\_\_

Qualifikationsnachweis:

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- Die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“

und/oder

- Die Teilnahme an einer von der KVNO angebotenen  
MRSA Zertifizierung Fortbildungsseminar „Ambulante  
MRSA-Versorgung“ (Dauer mind. 3 Stunden)

oder

- Online-Training mit anschließendem Fragetest

Die entsprechenden Unterlagen liegen bei.

Ich gehöre folgendem MRSA-Netzwerk an: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich die organisatorischen Voraussetzungen zu erfüllen und bin mit einer Überprüfung der Anforderungen in der Praxis einverstanden.

\_\_\_\_\_  
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.