



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: molekulargenetik@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 173

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von
molekulargenetischer Leistungen aus dem Kapitel 11.4.2 EBM zur
Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei
monogenen Erkrankungen**

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: _____

Hiermit beantrage ich nachfolgend aufgeführte molekulargenetische Leistungen:

11.4.2 Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen

11351 – 11449

- Ein Muster der Auftragshinweise, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden und die Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren sind beigelegt

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von molekulargenetischen Leistungen aus dem Kapitel 11.4.2 EBM im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich versichere, dass die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 4 bis 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen entsprechen

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

- den Nachweis der in den §§ 4 bis 7 der Vereinbarung genannten Anforderungen verlangen kann.
- die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

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.