

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der  
Behandlung eines Patienten mit einer **Funktionsstörung der Hand**  
(GOP 07330 oder 18330 EBM)



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Name und Kontaktdaten des Arztes ( <b>Leistungserbringer</b> ):  Lebenslange Arztnummer (LANR) Betriebsstättennummer (BSNR)	Zulassung Ermächtigung Anstellung bei:  Genehmigung beantragt zum:
--	--

<b>1. Antragsgegenstand</b>	Es wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Behandlungen von Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand in gleichem Umfang beantragt. Die Genehmigung der KV _____ ist beigefügt.  <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> Es wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Behandlungen von Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand beantragt.
<b>2. Fachliche Befähigung</b>	Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie Facharztbezeichnung Plastische Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie Facharztbezeichnung Orthopädie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie Facharztbezeichnung Orthopädie Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie  <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> Facharztbezeichnung Chirurgie Facharztbezeichnung Plastische Chirurgie  <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> eingehenden Kenntnissen und Erfahrungen in der Handchirurgie.  <p style="text-align: center;"><b>Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</b></p>

KVN-FQS-011-CAK

Stand: Oktober 2016

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.  
Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.**

**Datum / Unterschrift** (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters / bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Partner) / **Stempel**