



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung von manualmedizinischen Eingriffen**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

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

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

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

## II. Fachliche Anforderungen

Dem Antrag füge ich folgenden Qualifikationsnachweis entsprechend den Regelungen zum Kapitel IV Pkt. 30.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bei:

### **Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin (Kopie)**

(Anmerkung: für die Eintragung in das Arztregister ist die Vorlage des Originals oder einer beglaubigten Kopie erforderlich)

## III. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift Ärztl. Leiter der  
Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

### **Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:  
**qs@kvbb.de**