



Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Bianca Klameth-Mährlein
Tel.: (069) 7 95 02-701 • Fax: (069) 7 95 02-510

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Chirotherapie (Manuelle Medizin)

Antrag auf Abrechnung chirotherapeutischer Leistungen nach den Nummern 30200 und 30201 EBM

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ e-mail _____

Vertragsärztliche Tätigkeit beantragt am _____
als Ärztin / Arzt für _____

Tätigkeit als: Vertragsarzt angestellter Arzt¹ ermächtigter Arzt Assistent¹

Anschrift des Standortes: Vertragspraxis _____

MVZ _____

Klinik / Institut _____

Telefon: _____ Fax: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Betriebsstättennummer²: _____

Nebenbetriebsstättennummer(n)²: _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum _____

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Fachliche Anforderungen

- Nachweis der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ / „Manuelle Medizin / Chirotherapie“ ist beigefügt
Bitte eine beglaubigte Kopie der Urkunde beifügen.
- Nachweis der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ / „Manuelle Medizin / Chirotherapie“ liegt der KV Hessen bereits vor

Hinweis

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers
ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes