



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Team Antragsverfahren  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

antragsverfahren@kvhessen.de  
Fax 069 24741-68847

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen  
der Handchirurgie  
gemäß GOP 07330 oder 18330 EBM**

**Antragsteller (auch angestellter Arzt)**

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

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

- Ich bin Facharzt für **Chirurgie bzw. Plastischer Chirurg mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie** und beantrage mit meiner Unterschrift die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der antragspflichtigen Leistung (GOP 07330 EBM) Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand.

oder

- Ich bin Facharzt für **Orthopädie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie** und beantrage mit meiner Unterschrift die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der antragspflichtigen Leistungen (GOP 18330 EBM) Zusatzpauschale Diagnostik und / oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

oder

- Ich bin Facharzt für Chirurgie oder Facharzt für Orthopädie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und verfüge über **mindestens 2 Jahre handchirurgische Tätigkeit**. Einen Nachweis (Zeugnis/Bescheinigung) über die handchirurgische Tätigkeit füge ich diesem Antrag bei

oder

- Ich nehme am **D-Arzt**-Verfahren teil

und beantrage mit meiner Unterschrift die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der antragspflichtigen Leistung Zusatzpauschale Handchirurgie (GOP 07330 oder 18330 EBM).

<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift teilnehmender Arzt/Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>im Falle der Anstellung Unterschrift Praxisinhaber/in</p>
--

<p>Stempel BSNR</p>
---------------------