



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

antragsverfahren@kvhessen.de
Fax 069 24741-68847

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen
der Proktoskopie und Rektoskopie
gemäß Abschnitt 30.6 bzw. GOP 30600, 30601, 30610, 30611 EBM**

Antragsteller (auch angestellter Arzt)

Name: _____

Vorname: _____

LANR: _____

BSNR: _____

☐ Ich bin Facharzt für **Chirurgie**

oder

☐ Ich bin Facharzt für **Haut- und Geschlechtskrankheiten**

oder

☐ Ich bin Facharzt für **Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie**

oder

☐ Ich bin Facharzt für **Allgemeinmedizin**, Facharzt für **Innere Medizin und Allgemeinmedizin**, Facharzt für **Innere Medizin** und Facharzt für **Urologie** und verfüge über Proktologie-Erfahrungen in Form einer einjährigen Weiterbildung. Den Nachweis über die Erfahrung füge ich diesem Antrag bei

oder

☐ Ich bin Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung **Proktologie**

und beantrage mit meiner Unterschrift die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der antragspflichtigen Leistung Zusatzpauschale Prokto- / Rektoskopie (GOP 30600 EBM). In diesem Zusammenhang sind die GOP 30601, 30610, 30611 EBM mit abrechenbar.

Datum, Unterschrift teilnehmender Arzt/Antragsteller

im Falle der Anstellung: Unterschrift Praxisinhaber/in

Stempel BSNR