



# Antrag

Betriebstättennummer/Praxisstempel

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA entsprechend der Gebührenpositionen 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952  
(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V)

## Angaben des Antragstellers:

Name: ..... Titel: .....  
Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Straße/Nr: ..... Ort/PLZ: .....  
Facharztbezeichnung: ..... LANR: .....

angestellt:

## Nachweis der fachlichen Voraussetzung:

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“

**oder**

- durch Unterschrift bestätigtes Studium des von der KVMV zur Verfügung gestellten **Informationsmaterials** zu MRSA

**oder**

- Online-Training mit anschließendem Fragetest (Zertifikat vom Onlinetest ist beizufügen)

## Erklärung:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Gegebenheiten in der Praxis durch die KV MV nach § 5 Abs. 6 gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V und verpflichte mich die organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

.....  
Unterschrift des Praxisinhabers/MVZ