



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen der Kryokonservierung im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und der Aufbereitung der Spermazellen bei männlichen Personen ab der Pubertät

gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kryokonservierung von Ei- und Spermazellen sowie entsprechende Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) vom 20. Februar 2021

Antragsteller/-in:
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG- Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR: | | | | | | | | | |

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für:

- Tätigkeit im Rahmen einer:**
- Niederlassung
 - Angestelltentätigkeit
 - Ermächtigung
 - Vertretung
 - Sicherstellungsassistenz für
 - Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für

Wohnort
(nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KVS erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

- Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**
1. BSNR: | | | | | | | | | | Adresse:
 2. BSNR: | | | | | | | | | | Adresse:
 3. BSNR: | | | | | | | | | | Adresse:

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von:

Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung der Samenzellen bei männlichen Personen ab der Pubertät inklusive Spermogramm und TESE

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

- für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung „Andrologie“
- für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Andrologie“
- für Urologie mit Zusatzbezeichnung „Andrologie“

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

Zusatzbezeichnung:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.3 Von mir werden sämtliche Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und der Aufbereitung der Samenzellen bei männlichen Personen ab der Pubertät inklusive Spermogramm, sowie falls erforderlich die testikuläre Spermienextraktion (TESE) angeboten.

3 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

3.1 Kryokonservierung und Lagerung

erfolgt in eigener Einrichtung/Praxis ist gewährleistet durch Kooperation

Bei Kooperation:

Kooperationsvereinbarung

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Genehmigung nach § 20b oder § 20c des Arzneimittelgesetzes (AMG) der kooperierenden Einrichtung

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3.2 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 4) nein

Antrag
auf Genehmigung von Maßnahmen der Kryokonservierung im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und der Aufbereitung der Samenzellen bei männlichen Personen ab der Pubertät

4 Nutzung ausgelagerte Praxisräume

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

5 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

6 Nachweiseretzende Erklärung

Aufgrund einzelner inhaltlicher Erklärungen, wo keine Nachweise vorliegen, wird die Unterschrift zur Bestätigung des Antrages benötigt.

Der Leistungserbringer erklärt das Vorliegen
- des angebotenen Leistungsumfanges unter Punkt 2.3



(Arztstempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(siehe Seite 1 oben)