KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie

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

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: ……

Hinweis:	Liegt eine Genehmigung der KV Sachsen zur Ausführung und Abrechnung der künstlichen Befruchtung vor, ist nur Punkt 4.2 Kryokonservierung und Lagerung auszufüllen.

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der:

Kryokonservierung von weiblichen und männlichen Keimzellen oder Keimzellgewebe wegen keimzellschädigender Therapie sowie dazugehöriger medizinische Maßnahmen gemäß § 5 Kryo-RL

---

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Facharzturkunde:

☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt

fakultative Weiterbildung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin:

☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

2.3 Die Genehmigung zum ambulanten Operieren

☐ liegt der KVS vor ☐ wurde beantragt

---

3 Personelle Voraussetzungen

Kenntnisse und Erfahrungen in folgenden Bereichen sind vorhanden:

3.1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäk. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Leiter der Praxis: …….

3.2 Endokrinologie der Reproduktion

Verantwortlicher: …….

3.3 Gynäkologische Sonographie

Verantwortlicher: …….

Genehmigung zur Ultraschalldiagnostik nach der Ultraschall-Vereinbarung

☐ liegt vor ☐ wurde beantragt

3.4 Operative Gynäkologie

Verantwortlicher: ……..

3.5 Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur

Verantwortlicher:……..

3.6 Andrologie (bei der Behandlung von männlichen Versicherten)

Verantwortlicher:…….

Hinweis:
Von den genannten Bereichen können jeweils nur 2 Bereiche gleichzeitig von einem Arzt/ Wissenschaftler verantwortlich geführt werden.

---

4 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

4.1 Kooperationen der Praxis oder Einrichtung

Die Kooperation ist gewährleistet mit:

☐ Humangenetiker

…….
(Name, Anschrift)

☐ Ärztlichen Psychotherapeuten

…….
(Name, Anschrift)

4.2 Kryokonservierung und Lagerung

☐ erfolgt in eigener Einrichtung/Praxis ☐ ist gewährleistet durch Kooperation

Bei Kooperation:

Kooperationsvereinbarung

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

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

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

4.3 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

☐ ja (nähere Angaben in Punkt 6) ☐ nein

---

5 Nutzung ausgelagerte Praxisräume

Standort: ……

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

6 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 Ausführung 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/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz.

---

7 Nachweisersetzende Erklärung

Der Leistungserbringer erklärt das Vorliegen
- der personellen Voraussetzungen unter 3. und
- der räumlichen / organisatorischen Voraussetzungen unter 4.1

(Arztstempel)

..... ……
Ort, Datum Unterschrift
(siehe Seite 1 oben)

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Nachweise reichen Sie bitte wie folgt ein:

per E-Mail an: ambulantes-operieren@kvsachsen.de

oder

per Post an: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig