

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß § 135 Abs.2 SGB V Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Genehmigung der KV _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel Vorname Name LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

2. Die Antragstellung erfolgt

für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)

für

Titel Vorname Name LANR (Arzt-Nr.)

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet Schwerpunkt

niedergelassen (zugelassen), angestellt, ermächtigt seit: _____ Datum

4. Ort der Leistungserbringung:

Betriebsstätte Nebenbetriebsstätte¹ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten:

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

Tel./Fax/E-Mail

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

6. Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ganzkörper-Computertomographie einschließlich des Kopfes und Spinalkanals
(GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351 EBM)
- Computertomographie des Kopfes und Spinalkanals
(GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34343, 34344, 34345 EBM)
- CT-gesteuerte Intervention(en)
(GOP 34504, 34505 EBM)

7. Fachliche Befähigung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

a. Fachärztin/-arzt für Radiologie

- Fachkunde im Strahlenschutz für CT und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für CT, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV

b. Ärztin/Arzt einer anderen Fachgruppe für Untersuchungen des Ganzkörpers einschließlich des Kopfes und des Spinalkanals

- Zeugnis/se über folgende Tätigkeitszeiten:
 - eine mindestens 30-monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschließlich neuroradiologischen Diagnostik
und
 - eine mindestens 10-monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie
- Fachkunde im Strahlenschutz für CT und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für CT, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV
- Teilnahme an einem Kolloquium

c. Ärztin/Arzt einer anderen Fachgruppe für Untersuchungen des Kopfes und des Spinalkanals

- Zeugnis/se über folgende Tätigkeitszeiten:
 - eine mindestens 18-monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschließlich neuroradiologischen Diagnostik
und
 - eine mindestens 4-monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie, insbesondere des Kopfes und des Spinalkanals
- Fachkunde im Strahlenschutz für CT und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für CT, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV
- Teilnahme an einem Kolloquium

8. Apparative Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 11 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sind (ggf. pro Gerät) folgende Bescheinigungen vorzulegen:

- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (nicht älter als 5 Jahre)
- Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde nach StrlSchG oder Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

- Es wird bestätigt, dass eine Untersagung der Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung durch die Behörde bisher nicht erfolgte.
- Prüfbericht und Bestätigungen wurden durch _____ eingereicht und liegen der KVMV bereits vor.

Jede wesentliche Veränderung an der Apparatur sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Bitte benennen Sie die Geräte, damit wir unsere Informationen auf Aktualität überprüfen können:

1. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: Hauptstandort Nebenbetriebsstätte Apparategemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

2. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: Hauptstandort Nebenbetriebsstätte Apparategemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

* Wenn Geräte im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt werden, wird zusätzlich die schriftliche Bestätigung des Geräteeigentümers benötigt.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum Unterschrift Leistungserbringer/in ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum Unterschrift anstellende/r Ärztin/Arzt
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ Stempel