



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen der Mamma im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)

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

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

6. Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- kernspintomographische Untersuchungen der Mamma
(GOP 34431 EBM)

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

Für alle unter Anleitung nachzuweisenden Untersuchungszahlen gilt, dass die Anleitung bei einem Arzt stattgefunden haben muss, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.

- Erfüllen der in § 4 Kernspintomographie-Vereinbarung festgelegten Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet „Diagnostische Radiologie“
- Erfüllen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Mammographie gemäß § 3 der Mammographie-Vereinbarung
- Erfüllen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Mammasonographie gemäß § 4 der Ultraschallvereinbarung
- Zeugnis über die selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung.
- erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium

8. Apparative Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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.

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt C § 5 und Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung:

- pro Geräte ist dem Antrag eine Gewährleistungserklärung des Herstellers beigelegt (Anlage „Gewährleistungserklärung“)
- wurde bereits durch _____
nachgewiesen und liegt der KVMV bereits vor.



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

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

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