zurück an:
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung
FAX 0385 743166 376, E-Mail: TNStieger@kvmv.de
Postfach 16 01 45
19091 Schwerin

ANTRAG AUF EINE GENEHMIGUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND ABRECHNUNG SONOGARPHISCHER UNTERSUCHUNGEN

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung sonographischer Leistungen im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der Ultraschall-Vereinbarung vom 31. Oktober 2008. Dazu mache ich folgende Angaben:

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Wohnanschrift (mit Tel.- Nr.): _____

Praxis-/Klinikanschrift (mit Tel.- Nr.): _____

Niederlassung geplant am: _____ **niedergelassen seit:** _____

Ermächtigung beantragt am: _____ **ermächtigt seit:** _____

Tätigkeit im MVZ ab: _____

Anstellung ab: _____

Facharzt-Anerkennung als/ab: _____

Gemeinschaftspraxis mit: _____

Apparategemeinschaft mit: _____

1. Fachliche Voraussetzungen

Die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:
□ ja (bitte Bescheid beifügen) □ nein
Die Fachkunde Ultraschalldiagnostik wurde durch die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern erteilt.
□ ja (bitte Urkunde beifügen) □ nein

Die erforderlichen Untersuchungszahlen gemäß Anlage I der Vereinbarung sind je Bereich unter der Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes (gem. § 8) zu erbringen und in Zeugnissen / Bescheinigungen nachzuweisen.

□ Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die von mir beantragen Anwendungsbereiche wurden nach der für mich maßgeblichen Weiterbildungsordnung im Fachgebiet ..... erworben (§ 4)

oder

□ die erforderlichen Kenntnisse wurden durch eine mindestens 18-monatige ganztätige oder entsprechend teilzeitliche Tätigkeit im Fachgebiet ..... erworben (§ 5)

oder

□ die erforderlichen Kenntnisse wurden durch die erfolgreiche Teilnahme an Ultraschallkursen, je Anwendungsbereich Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs erworben (§ 6)

oder

□ Die erforderlichen Kenntnisse wurden durch Ultraschallkurse nach § 6 erworben. Der theoretische Teil des Abschlusskurses nach § 6 Abs.1 Buchstabe b Nr. 3 wurde hierbei durch eine computergestützte Fortbildung ersetzt (§ 7).

Bitte Zeugnisse / Kursbescheinigungen / Zertifikate beifügen, sofern diese der KV Mecklenburg-Vorpommern noch nicht vorliegen.
Hinweis:
Wird die fachliche Befähigung nach §§ 5, 6 oder 7 erworben, darf die Genehmigung nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium vor der Ultraschall-Kommission der KV-MV erfolgen.

2. Beantragte Leistungen

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen für folgende Anwendungsbereiche (AB):

1. Gehirn

☐ AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

2. Auge

☐ AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges

☐ AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke

3. Kopf und Hals

☐ AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus
☐ Nasennebenhöhlen, B-Modus
☐ AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen), B-Modus

☐ AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus

4. Herz- und herznahe Gefäße

☐ AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal

☐ AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal

☐ AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal

☐ AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal

☐ AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene

☐ AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

5. Thorax

☐ AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan

☐ AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär

6. Brustdrüse

☐ AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus

7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)

☐ AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan

☐ AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)

☐ AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen–Darm)

☐ AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan

8. Uro- Genitalorgane

☐ AB 8.1 Uro- Genitalorgane, B-Modus, transkutan

☐ AB 8.2 Uro- Genitalorgane, B-Modus, transkavitär

☐ AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus

9. Schwangerschaftsdiagnostik

☐ AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus

☐ AB 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie, B-Modus

☐ AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus

10. Bewegungsapparat

☐ AB 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus

☐ AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus

11. Venen

☐ AB 11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)

12. Haut und Subcutis

☐ AB 12.1 Haut, B-Modus

☐ AB 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus

20. Doppler-Gefäße

☐ AB 20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße

☐ AB 20.2 CW-Doppler - extremitätenver-/entsorgende Gefäße

☐ AB 20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße

☐ AB 20.4 CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems

☐ AB 20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße

☐ AB 20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße

☐ AB 20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße

☐ AB 20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver-/entsorgende Gefäße

☐ AB 20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße

☐ AB 20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum

☐ AB 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems

21. Doppler- Herz und herznahe Gefäße

☐ AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal

☐ AB 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal

☐ AB 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal

☐ AB 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder Jugendliche, transoesophageal

22. Doppler- Schwangerschaftsdiagnostik

☐ AB 22.1 Fetales kardiovaskuläres System; Duplex-Verfahren

☐ AB 22.2 Feto-maternales Gefäßsystem; Duplex-Verfahren

23. Doppler- Nerven und Muskeln

☐ AB 23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße

3. Apparative Voraussetzungen

3.1 Neu gemeldete Ultraschallsysteme

Bitte verwenden Sie für die Angaben zur apparativen Ausstattung das entsprechende Formblatt. Die Hersteller-/ Gewährleistungserklärung ist vom jeweiligen Hersteller bzw. Vertreiber auszufüllen und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen.

Das angezeigte Ultraschallsystem ist noch keine 18 Monate alt. **Wenn ja,** ist die Vorlage der unterzeichneten Gewährleistungserklärung ausreichend.

Das angezeigte Ultraschallsystem ist älter als 18 Monate alt. **Wenn ja**, muss folgendes nachgewiesen werden:
ein aktuelles Wartungsprotokoll, das nicht älter als 12 Monate sein darf **oder es ist**

je Schallkopf eine aktuelle Bilddokumentation im B-Modus dem Antrag beizufügen.

Hinweis:
Die Ultraschallaufnahme soll nicht älter als 3 Monate sein.
Aus der Bilddokumentation muss eindeutig hervorgehen, dass die Ultraschallaufnahme mit dem beantragten Ultraschallsystem erstellt wurde.
Die Anforderungen an die technische Bildqualität (gem. Nrn. 9.1 u. 9.2 Anlage III) und an die Bilddokumentation (gem. Nr. 6 Anlage III) müssen erfüllt sein.

3.2 Bereits gemeldete Ultraschallsysteme

Sofern bereits gemeldete Ultraschallsysteme eingesetzt werden, sind diese nachfolgend zu benennen.

	Gerät 1	**Gerät 2**
Gerät bereits gemeldet?		
Hersteller:		
Geräte-Bezeichnung:		
Geräte-Nummer		
Standort der Ultraschallgerätes (BSNR/NBSNR)		
Vornutzer/weitere Nutzer? (Name und Praxisort)		

4. Erklärung Antragsteller(in)

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung nach § 14 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung die Qualitätssicherungs-Kommissionen beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme zu überprüfen.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Der Antragssteller verpflichtet sich, jede Änderung der verwendeten Apparatur unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mitzuteilen.

.....	…….	
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Antragsteller(in) (siehe Seite 1 oben)	Stempel Antragsteller(in)

.....	……
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Leistungserbringer(in) (sofern abweichend vom Antragsteller)