**Anlage Strahlendiagnostik und -therapie** - namentliche Benennung

Anlage zu einer Anzeige bzw. Änderungsanzeige zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV gemäß § 4a Absatz 3 a-d ASV-RL, Anhang zu § 4a leistungsspezifische Qualitätsanforderungen.

**Betrifft folgende Leistungen: GOP der Kapitel 24, 25 und 34 EBM die Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin beinhalten (siehe anlagenspezifischen Appendix zum ASV-Diagnosebereich)**

|  |  |
| --- | --- |
| ASV-Diagnosebereich | Wählen Sie ein Element aus. |
| Name der Teamleitung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Teamnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bitte nur zutreffendes zum Erkrankungsbild ausfüllen.

|  |
| --- |
| **allgemeine Röntgendiagnostik** |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Radiologie[ ]  Facharzt mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst **und** [ ]  Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit [ ]  Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. Strahlenschutzgesetz [ ]  Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt [ ]  liegt bereits vor |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von allgemeiner Röntgendiagnostik[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Radiologie[ ]  allgemeine Röntgendiagnostik wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Computertomographie** |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Radiologie | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Computertomographie[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Radiologie[ ]  Computertomographie wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |
| **Knochendichtemessung** |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Radiologie[ ]  Facharzt mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Knochendichtemessung umfasst **und** [ ]  Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit [ ]  Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 Strahlenschutzgesetz [ ]  Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Knochendichtemessung[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Radiologie[ ]  Knochendichtemessung wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Strahlentherapie** |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Strahlentherapie | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Strahlentherapie[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Strahlentherapie[ ]  Strahlentherapie wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Nuklearmedizin** |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | [ ]  Facharzt Nuklearmedizin | [ ]  Facharztnachweis ist beigefügt[ ]  liegt bereits vor |
| **oder**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | [ ]  Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Nuklearmedizin[ ]  Weiterbildungsbefugnis für Nuklearmedizin[ ]  Nuklearmedizin wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

\*keine Mehrfachnennung, ggf. Formular bitte wiederholt ausdrucken und verwenden!

**ggf. Erläuterung:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind
und die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist. Ein Nachweis hierfür kann vorgelegt werden.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer