

Antrag auf Genehmigung: Interventionellen Radiologie (QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 9 Abs. 2 Nr. 2 aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Leistungen

- I Diagnostische Katheterangiographien
- II zusätzlich therapeutische Eingriffe

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Gebietsbezeichnung Radiologie
- In Abhängigkeit der oben beantragten Leistungen:
 - I Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahren vor Antragstellung
und
mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik **oder** Therapie unter Anleitung
 - II zusätzlich: Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten
und
vorgenannte überwiegende Tätigkeit muss in der angiographischen Diagnostik **und** Therapie unter Anleitung stattgefunden haben

Apparative Voraussetzungen

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur (MEKUN) des Landes Schleswig-Holstein
und
- Prüfbericht der Sachverständigenprüfung -bitte beifügen-
oder
- bei Nutzung in einer Apparategemeinschaft: Erklärung Apparategemeinschaft -bitte beifügen-
oder
- bei Einstieg in eine bestehende Praxis (Gerät ist der KVSH bereits gemeldet).

Standort des Gerätes: _____

Name der Praxis: _____

Erklärung/Einverständnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die

- notwendigen zusätzlichen apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden (§ 4 Nr. 1-6, § 5 und § 6).
- jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung erfüllt werden.
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.
Ich habe zur Kenntnis genommen, dass
- die Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, hier insbesondere die Meldepflichten, gelten.
- bei Durchführung und Abrechnung der Invasiven Kardiologie gemäß § 115b SGB V Ambulantes Operieren ein gesonderter Antrag (zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) zu stellen ist.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person