

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Kernspintomographie

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> Allgemeine Kernspintomographie (§ 4) <input type="checkbox"/> Kernspintomographie der Mamma (§ 4a)
Fachliche Voraussetzungen	<p>Allgemeine Kernspintomographie (§ 4)</p> <p>Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahlen von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Diagnostische Radiologie <input type="checkbox"/> 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) ☞ Kinderradiologie <input type="checkbox"/> 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks ☞ Neuroradiologie <input type="checkbox"/> 1000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals ☞ Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> 500 Untersuchungen <p>Die entsprechenden Zeugnisse müssen Angaben über die unter Anleitung ausgeübte Tätigkeit am Kernspintomographen bzw. Computertomographen, die Zusammensetzung des Krankengutes, die Untersuchungsarten sowie über die Anzahl der vom Antragsteller selbst durchgeführten Untersuchungen enthalten. Sie müssen von dem unterzeichnet sein, unter dessen Anleitung die Tätigkeit in der Kernspintomographie bzw. Computertomographie erfolgt ist.</p> <p>Kernspintomographie der Mamma (§ 4a)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Erfüllung der in § 4 festgelegten Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet Diagnostische Radiologie <input type="checkbox"/> ☞ Genehmigung Mammographie liegt vor <input type="checkbox"/> ☞ Genehmigung Mammasonographie liegt vor <input type="checkbox"/> ☞ Zeugnis über die selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden. Die Untersuchungen haben unter der Anleitung eines Arztes nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 stattgefunden. <input type="checkbox"/>
Apparative Voraussetzungen	<p>Anforderungen an die Apparative Ausstattung (Anlage 1)</p> <p>Standort des Gerätes: _____</p> <p>Eigentümer des Gerätes: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Es handelt sich um ein neu gekauftes Geräte (Apparatebogen von der Herstellerfirma ausgefüllt und unterschrieben) <input type="checkbox"/> ☞ Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt (Apparategemeinschaftsvertrag) <input type="checkbox"/>

	<p>☛ Ich gehe in eine bestehende Praxis. Das Gerät ist der KVSH bereits gemeldet. <input type="checkbox"/></p> <p>Gerätebezeichnung: _____</p> <p>Hersteller: _____</p>				
Allgemeine Hinweise	<p>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</p> <p>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</p>				
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.				
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 				
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px;">ja</td> <td style="width: 50px;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ich bestätige, die Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt