

**Antrag auf Genehmigung:
Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer 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 § 8 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- ☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- ☐ Die ausführende Person 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. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

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

1. _____
2. _____
3. _____

- ☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

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

Beantragte Leistung und fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

☐ Allgemeine Kernspintomographie (§ 4)

- Facharztbezeichnung für Diagnostische Radiologie **und** 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie **und** 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks
- Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie **und** 1000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
- Facharztbezeichnung für Nuklearmedizin **und** 500 Untersuchungen

Hinweis: Oben genannte Anzahl von Untersuchungen beziehen sich auf die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung.

☐ Kernspintomographie der Mamma (§ 4a) – Hinweis: Kolloquium erforderlich

- Facharztbezeichnung Diagnostische Radiologie
- 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- 200 kernspintomographische Untersuchungen der Mamma mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung
- Genehmigung Mammographie oder Nachweis über die Erfüllung der entsprechenden fachlichen und apparativen Voraussetzungen
- Genehmigung Mamasonographie oder Nachweis über die Erfüllung der entsprechenden fachlichen und apparativen Voraussetzungen

Apparative Voraussetzungen

☐ Gewährleistungserklärung des Herstellers nach Anlage I -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

- Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

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