

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie

<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"/> 34470 (Hirngefäße) <input type="checkbox"/> 34475 (Halsgefäße) <input type="checkbox"/> 34480 (thorakale Aorta) <input type="checkbox"/> 34485 (abd. Aorta) <input type="checkbox"/> 34486 (Venen) <input type="checkbox"/> 34489 (Becken/Bein) <input type="checkbox"/> 34490 (Arm) <input type="checkbox"/> 34492 (Zuschlag)		
Fachliche Voraussetzungen	<p>Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Radiologie“.</p> <p>Haben Sie in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung selbstständig unter Anleitung 150 MR-Angiographien, davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße, indiziert, durchgeführt, befundet und dokumentiert?</p> <p>Die MR-Angiographien wurden mit der Time-of-Flight (TOF)-Technik und/oder der Phasenkontrast (PC)-Technik und zu mindestens 20% mit kontrastmittelverstärkter (CE)-Technik erstellt.</p> <p>Bitte Zeugnis nach § 8 Abs. (2) der Vereinbarung zur MR-Angiographie beifügen.</p> <p>Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganz täglichen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige ganz tägliche Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
Apparative Voraussetzungen	<p>Werden die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Anlage I der Vereinbarung zur MR-Angiographie nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt?</p> <p>Wird eine geeignete Notfallausrüstung mit nachfolgender Ausstattung vorgehalten?</p> <p>☞ Frischluftbeatmungsgerät</p> <p>☞ Absaugvorrichtung</p> <p>☞ Sauerstoffversorgung</p> <p>☞ Rufanlage</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
Organisatorische Voraussetzungen/ Befundung und Bildnachbearbeitung	<p>Ist bei der Durchführung gewährleistet, dass</p> <p>☞ der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden können? ☞ geeignete Rekonstruktionen (insbesondere maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) erstellt werden können? ☞ eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert werden können? 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation	Die Dokumentation nach § 6 der Vereinbarung wird sichergestellt. Mir ist bekannt, dass diese von der KVSH im Rahmen der Qualitätssicherung angefordert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. ☞ Alle Änderungen der organisatorischen bzw. apparativen Voraussetzungen sind der KVSH anzuzeigen. 		
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 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben und bin damit einverstanden, dass die beauftragte Kommission ggf. eine Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen vor Ort vornehmen kann.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei ange- stellten 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