

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Nuklearmedizin gemäß Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

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

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

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

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"/>	Nuklearmedizinische Diagnostik gesamte nuklearmedizinische Diagnostik
	<input type="checkbox"/>	Planare Szintigraphie Schilddrüse
	<input type="checkbox"/>	Herz
	<input type="checkbox"/>	alle Organe
	<input type="checkbox"/>	Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) Hirn, Herz
	<input type="checkbox"/>	alle Organe
	<input type="checkbox"/>	Globale Messung der Radioaktivität über Organe mittels Einzelsonden
	<input type="checkbox"/>	Kompartimentanalysen und Nachweise von unbekanntem inkorporierten Radionukliden
	<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizinische Therapie Radiojodbehandlung von Schilddrüsenerkrankungen
	<input type="checkbox"/>	Radionuklidtherapie von Knochenmetastasen bzw. blutbildenden Organen
	<input type="checkbox"/>	Radiosynoviorthese oder Behandlung von Geschwülsten und/oder Geschwulst-Metastasen. Folgendes bildgebendes Verfahren wird angewandt:
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Fachkundebescheinigung der Strahlenschutzverordnung nach § 47
	<input type="checkbox"/>	Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums
	<input type="checkbox"/>	Facharztzeugnis oder Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Bericht der Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV
	<input type="checkbox"/>	Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die Ärztliche Stelle nach § 130 StrlSchV
	<input type="checkbox"/>	Behördliche Genehmigung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchG
Allgemeine Hinweise	☛	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.



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"/>

Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß der Vereinbarung die Qualitätssicherungskommission beauftragen, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß Abs. 2 Nr. 3 dieser Vereinbarung entsprechen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) 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

