

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

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>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 																
<p>Leistungen</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="426 1223 496 1346"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1223 1461 1346"> <p>Nuklearmedizinische Diagnostik gesamte nuklearmedizinische Diagnostik</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1346 496 1576"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1346 1461 1576"> <p>Planare Szintigraphie Schilddrüse</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1469 496 1509"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1469 1461 1509"> <p>Herz</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1527 496 1576"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1527 1461 1576"> <p>alle Organe</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1576 496 1744"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1576 1461 1744"> <p>Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) Hirn, Herz</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1700 496 1744"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1700 1461 1744"> <p>alle Organe</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1744 496 1805"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1744 1461 1805"> <p>Globale Messung der Radioaktivität über Organe mittels Einzelsonden</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1805 496 1886"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="496 1805 1461 1886"> <p>Kompartimentanalysen und Nachweise von unbekanntem inkorporierten Radionuklid</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<p>Nuklearmedizinische Diagnostik gesamte nuklearmedizinische Diagnostik</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Planare Szintigraphie Schilddrüse</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Herz</p>	<input type="checkbox"/>	<p>alle Organe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) Hirn, Herz</p>	<input type="checkbox"/>	<p>alle Organe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Globale Messung der Radioaktivität über Organe mittels Einzelsonden</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kompartimentanalysen und Nachweise von unbekanntem inkorporierten Radionuklid</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Nuklearmedizinische Diagnostik gesamte nuklearmedizinische Diagnostik</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>Planare Szintigraphie Schilddrüse</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>Herz</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>alle Organe</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) Hirn, Herz</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>alle Organe</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>Globale Messung der Radioaktivität über Organe mittels Einzelsonden</p>																
<input type="checkbox"/>	<p>Kompartimentanalysen und Nachweise von unbekanntem inkorporierten Radionuklid</p>																

	<p>Nuklearmedizinische Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Radiojodbehandlung von Schilddrüsenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Radionuklidtherapie von Knochenmetastasen bzw. blutbildenden Organen</p> <p><input type="checkbox"/> Radiosynoviorthese oder Behandlung von Geschwülsten und/oder Geschwulst-Metastasen.</p> <p>Folgendes bildgebendes Verfahren wird angewandt:</p>	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
	(N)BSNR:	
Fachliche Voraussetzungen	<p><input type="checkbox"/> Fachkundebescheinigung der Strahlenschutzverordnung nach § 47</p> <p><input type="checkbox"/> Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums</p> <p><input type="checkbox"/> Facharztzeugnis oder Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung</p>	
Apparative Voraussetzungen	<p><input type="checkbox"/> Bericht der Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die Ärztliche Stelle nach § 130 StrlSchV -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Behördliche Genehmigung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchG -bitte beifügen-</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 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 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	<p>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.</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt