

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 zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der diagnostischen Radiologie

<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	1. Allgemeine Röntgendiagnostik (§ 5)	
	☞ Gesamten Röntgendiagnostik (alle Organbereiche – ausgenommen Mammographie, Computertomographie und Knochendichtemessung)	<input type="checkbox"/>
	oder Röntgendiagnostik	
	☞ der Thoraxorgane	<input type="checkbox"/>
	☞ der Extremitäten	<input type="checkbox"/>
	☞ des Schädels	<input type="checkbox"/>
	☞ des Harntraktes und/oder der Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>
	☞ des gesamten Skeletts	<input type="checkbox"/>
	☞ des Verdauungstraktes und/oder der Gallenwege	<input type="checkbox"/>
	☞ eines speziellen Organsystems: _____	<input type="checkbox"/>
	Im Zusammenhang mit der Röntgendiagnostik der Extremitäten bzw. der Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts beantrage ich Durchleuchtungskontrollen und Kontrollaufnahmen:	
	☞ bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>
	☞ im Verlauf von Operationen, bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen oder des Rumpfes	<input type="checkbox"/>
	2. Computertomographie (§ 7)	
	☞ Ganzkörper einschließlich Kopf und Spinalkanal	<input type="checkbox"/>
	☞ Kopf und Spinalkanal	<input type="checkbox"/>
	3. Knochendichtemessung mittels DXA	<input type="checkbox"/>
	4. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
	☞ Zahnaufnahmen und Aufnahmen der Alveolarfortsätze der Kiefer	<input type="checkbox"/>
	☞ Panorama-Schichtaufnahmen der Zähne und/oder der Kiefer sowie der Kiefergelenke	<input type="checkbox"/>
	☞ Weichteilprofilaufnahmen des Gesichtsschädels, auch dentale Fernaufnahmen	<input type="checkbox"/>
Fachliche Voraussetzungen	Fachkunde im Strahlenschutz für das beantragte Gebiet	
	☞ Bescheinigung der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV der Ärztekammer	<input type="checkbox"/>
	Facharztanerkennung (§ 16)	
	☞ Radiologie	<input type="checkbox"/>
	☞ Diagnostische Radiologie	<input type="checkbox"/>
	☞ Ich bin Facharzt für: _____	<input type="checkbox"/>



Fachliche Voraussetzungen		ja	nein
Apparative Voraussetzungen	<p>Anforderung an die apparative Ausstattung (§ 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG <input data-bbox="1426 1263 1458 1308" type="checkbox"/> ☞ Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt, Natur und Digitalisierung des Landes Schleswig-Holstein <input data-bbox="1426 1375 1458 1420" type="checkbox"/> ☞ Es handelt sich um ein neu gekauftes Gerät. <input data-bbox="1426 1464 1458 1509" type="checkbox"/> ☞ Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt (Apparategemeinschaftsvertrag). <input data-bbox="1426 1532 1458 1576" type="checkbox"/> ☞ Ich gehe in eine bestehende Praxis. Das Gerät ist der KVSH bereits gemeldet. <input data-bbox="1426 1621 1458 1666" type="checkbox"/> <p>Hinweis Die KVSH kann gemäß § 14 Abs. 4 der Vereinbarung die Radiologie-Kommission beauftragen, die in Betrieb befindliche Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 erfüllen.</p>		
	<p>Wurde nach der Weiterbildungsordnung der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachspezifischen Röntgendiagnostik gefordert? <input data-bbox="1326 237 1358 282" type="checkbox"/></p> <p>Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer: <input data-bbox="759 371 1270 439" type="text"/></p> <p>vom: <input data-bbox="759 450 1270 495" type="text"/></p> <p>Hinweis Wird die fachliche Qualifikation nach § 5 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 8 erworben, darf die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung entsprechender Leistungen nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium erfolgen.</p>		
	<p>Zeugnisse (§ 16), welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand ☞ Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken ☞ Zahl der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten sowie Zahl der selbstständig durchgeführten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen ☞ Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Untersuchungen bestimmter Organe und zur Selbständigen Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken 		

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.
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	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, dass ich die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Kenntnis genommen habe.

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