

**Antrag auf Genehmigung:  
Diagnostische Radiologie (QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 16 Abs. 2 aufgeführt.
- Zur Notwendigkeit von Kolloquien bitte § 17 beachten.

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses, der Ärztlichen Stelle oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt 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.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**Betriebsstätten**

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Diagnostische Radiologie**

- Gesamte Röntgendiagnostik

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

## Teilbereiche der diagnostischen Radiologie

---

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thoraxorgane   | <input type="checkbox"/> Extremitäten                         |
| <input type="checkbox"/> Schädel  | <input type="checkbox"/> Harntrakt und/oder Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> gesamtes Skelett   | <input type="checkbox"/> Verdauungstrakt und/oder Gallenwege  |
| <input type="checkbox"/> spezielles Organsystem: (z. B. Zähne/Kiefer/Gesicht; Wirbelsäule; bildwandlergestützte Interventionen) |   |
- 

## Durchleuchtung

---

- Beantragung nur von Durchleuchtungen

## Computertomographie

---

- Ganzkörper (einschließlich Kopf und Spinalkanal)
- nur Kopf (einschließlich Spinalkanal)

## Knochendichtemessung

---

- Knochendichtemessung mittels DXA

## Fachliche Voraussetzungen\* -bitte beifügen-

---

- Erforderliche Fachkunde gemäß § 47 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
- und
- Facharztbezeichnung für Radiologie  
oder
  - Zeugnisse gemäß § 16 Abs. 1 oder 2

## Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

---

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur (MEKUN) des Landes Schleswig-Holstein
- und

- Prüfbericht der Sachverständigenprüfung  
oder
- bei Nutzung in einer Apparategemeinschaft: Erklärung Apparategemeinschaft  
oder
- bei Einstieg in eine bestehende Praxis (Gerät ist der KVSH bereits gemeldet).

Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

## Erklärung

---

- Es wird versichert, dass wesentliche Veränderungen an der zugelassenen Röntgeneinrichtung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich der KVSH mitgeteilt werden.

- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen der Vereinbarung entsprechen.
- Ich beantrage lediglich die Leistungen, die für die angezeigte Apparatur nach dem Sachverständigenprüfgutachten zugelassen sind.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass
  - für die Mammographie ein gesonderter Antrag gestellt werden muss.
  - bei Durchführung und Abrechnung bestimmter extrabudgetärer radiologischer Leistungen gemäß § 115b SGB V Anlage 1 Abschnitt 2 zum ambulanten Operieren ein gesonderter Antrag (zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) zu stellen ist.

## **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