

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

<b>Allgemeine Hinweise</b>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li><li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li><li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li><li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li></ul>
<b>Leistungen</b>	<p><b>1. Allgemeine Röntgendiagnostik (§ 5)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gesamten Röntgendiagnostik (alle Organbereiche – ausgenommen Mammographie, Computertomographie und Knochendichtemessung)</p> <p><input type="checkbox"/> Galaktographien gemäß EBM 34260 mit dem Mammographiegerät</p> <p>Typ: _____</p> <p>Hersteller: _____</p> <p><b>oder Röntgendiagnostik</b></p> <p><input type="checkbox"/> der Thoraxorgane</p> <p><input type="checkbox"/> der Extremitäten</p> <p><input type="checkbox"/> des Schädels</p> <p><input type="checkbox"/> des Harntraktes und/oder der Geschlechtsorgane</p> <p><input type="checkbox"/> des gesamten Skeletts</p> <p><input type="checkbox"/> des Verdauungstraktes und/oder der Gallenwege</p> <p><input type="checkbox"/> eines speziellen Organsystems: _____</p>

	<p><b>Im Zusammenhang mit der Röntgendiagnostik der Extremitäten bzw. der Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts beantrage ich Durchleuchtungskontrollen und Kontrollaufnahmen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen</p> <p><input type="checkbox"/> im Verlauf von Operationen, bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen oder des Rumpfes</p> <p><b>2. Computertomographie (§ 7)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ganzkörper einschließlich Kopf und Spinalkanal</p> <p><input type="checkbox"/> Kopf und Spinalkanal</p> <p><b>3. Knochendichtemessung mittels DXA</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>4. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Zahnaufnahmen und Aufnahmen der Alveolarfortsätze der Kiefer</p> <p><input type="checkbox"/> Panorama-Schichtaufnahmen der Zähne und/oder der Kiefer sowie der Kiefergelenke</p> <p><input type="checkbox"/> Weichteilprofilaufnahmen des Gesichtsschädels, auch dentale Fernaufnahmen</p>						
<b>Betriebsstätten</b>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td></tr></table></p>						
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p><b>Fachkunde im Strahlenschutz für das beantragte Gebiet</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV der Ärztekammer <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>Facharztanerkennung (§ 16)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Radiologie <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostische Radiologie <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Facharzt für: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 200px; height: 20px;"></td></tr></table> <b>-bitte beifügen-</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> <p>Wurde nach der Weiterbildungsordnung der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachspezifischen Röntgendiagnostik gefordert?</p> <p>Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>vom: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p><b>Hinweis</b> 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> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>ja</p> <p><input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>nein</p> <p><input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>		<p>Wurde nach der Weiterbildungsordnung der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachspezifischen Röntgendiagnostik gefordert?</p> <p>Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>vom: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p><b>Hinweis</b> 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>ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Wurde nach der Weiterbildungsordnung der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachspezifischen Röntgendiagnostik gefordert?</p> <p>Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>vom: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 300px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p><b>Hinweis</b> 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>ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein</p> <p><input type="checkbox"/></p>			

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p>Zeugnisse (§ 16), welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten: <b>-bitte beifügen-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand</li> <li>▪ Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken</li> <li>▪ Zahl der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten sowie Zahl der selbständig durchgeführten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen</li> <li>▪ Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Untersuchungen bestimmter Organe und zur Selbständigen Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken</li> </ul>	
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p><b>Anforderung an die apparative Ausstattung (§ 11)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur (MEKUN) des Landes Schleswig-Holstein <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein neu gekauftes Gerät.</p> <p><input type="checkbox"/> Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt (Erklärung Apparategemeinschaft Radiologie) <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich gehe in eine bestehende Praxis. Das Gerät ist der KVSH bereits gemeldet.</p> <p><b>Hinweis</b> 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>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul> </li> <li>2. der Ärztlichen Stelle Schleswig-Holstein zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzeigebestätigung des Ministeriums für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt, Natur und Digitalisierung des Landes Schleswig-Holstein</li> <li>▪ aktueller Sachverständigenprüfbericht (z. B. TÜV)</li> <li>▪ Fachkunde im Strahlenschutz und die Aktualisierung</li> </ul> </li> </ol>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bestätige, dass ich die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Kenntnis genommen habe.</p>	

---

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