

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg  
☎ 04551/883 374  
@ sonographie@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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

Beantragte Leistungen	Sonographie		
	<b>1</b>	<b>Gehirn</b>	
	1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>2</b>	<b>Auge</b>	
	2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	<input type="checkbox"/>
	2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	<input type="checkbox"/>
	<b>3</b>	<b>Kopf und Hals</b>	
	3.1	Nasennebenhöhlen, A-Modus	<input type="checkbox"/>
	3.1	Nasennebenhöhlen, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse, B-Modus)	<input type="checkbox"/>
	3.3	Schilddrüse, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>4</b>	<b>Herz und herznahe Gefäße*</b>	
	4.1	Echokardiographie ( <b>Jugendliche, Erwachsene</b> ) transkutan*	<input type="checkbox"/>
	4.2	Echokardiographie ( <b>Jugendliche, Erwachsene</b> ) transoesophageal*	<input type="checkbox"/>
	4.3	Echokardiographie ( <b>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche</b> ) transkutan*	<input type="checkbox"/>
	4.4	Echokardiographie ( <b>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche</b> ) transoesophageal*	<input type="checkbox"/>
	4.5	Belastungsechokardiographie ( <b>Jugendliche, Erwachsene</b> )*	<input type="checkbox"/>
	4.6	Belastungsechokardiographie ( <b>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche</b> )*	<input type="checkbox"/>
	<b>5</b>	<b>Thorax</b>	
	5.1	Thorax (ohne Herz), B-Modus, <b>transkutan</b>	<input type="checkbox"/>
	5.2	Thorax (ohne Herz), B-Modus, <b>transkavitär</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>6</b>	<b>Brustdrüse</b>	
	6.1	Brustdrüse, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>7</b>	<b>Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)</b>	
	7.1	Abdomen und Retroperitoneum ( <b>Jugendliche, Erwachsene</b> ), B-Modus, <b>transkutan</b>	<input type="checkbox"/>
	7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, <b>transkavitär (Rektum)</b>	<input type="checkbox"/>
	7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, <b>transkavitär (Magen-Darm)</b>	<input type="checkbox"/>
	7.4	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus ( <b>Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche</b> ), <b>transkutan</b>	<input type="checkbox"/>

	<b>8 Uro-Genitalorgane</b>	
8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, <b>transkutan</b>	<input type="checkbox"/>
8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, <b>transkavitär</b>	<input type="checkbox"/>
8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>9 Schwangerschaftsdiagnostik</b>	
9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	<input type="checkbox"/>
9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie <b>Bitte ebenfalls den Antrag auf persönlichen Zugang zum geschützten Internetbereich der KVSH ausfüllen und beifügen!</b>	<input type="checkbox"/>
9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>10 Bewegungsapparat</b>	
10.1	Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	<input type="checkbox"/>
10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>11 Venen</b>	
11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>12 Haut und Subkutis</b>	
12.1	Haut, B-Modus	<input type="checkbox"/>
12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
	<b>20 Doppler-Gefäße</b>	
20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männl. Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße*	<input type="checkbox"/>
20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße (inkl. Mediastinum)*	<input type="checkbox"/>
20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
	<b>21 Doppler – Herz und herznahe Gefäße*</b>	
21.1	Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Jugendliche, Erwachsene), <b>transkutan*</b>	<input type="checkbox"/>



	21.2	Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Jugendliche, Erwachsene), <b>transoesophageal*</b>	<input type="checkbox"/>
	21.3	Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche), <b>transkutan*</b>	<input type="checkbox"/>
	21.4	Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche), <b>transoesophageal*</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>22</b>	<b>Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik</b>	
	22.1	Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	<input type="checkbox"/>
	22.2	Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>
	<b>23</b>	<b>Doppler-Nerven und Muskeln</b>	
	23.1	Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln	<input type="checkbox"/>
	<b>* Diese Untersuchungen können gem. EBM nur von <u>fachärztlich</u> tätigen Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden!</b>		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p>☞ Zeugnisse mit detaillierten Angaben, insbesondere mit Anzahlen der unter Anleitung selbständig durchgeführten Untersuchungen pro beantragtem Anwendungsbereich (gemäß Abschnitt B § 4 und § 5 in Verbindung mit § 14 und Anlage I der Ultraschallvereinbarung)</p> <p>☞ Nachweis über Ultraschallkurse (wenn keine Zeugnisse vorhanden) (Grund-, Aufbau- <b>und</b> Abschlusskurs gemäß Abschnitt B § 6 der Ultraschallvereinbarung)</p>		
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<p><b>Gerätebezeichnung:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Gerätenummer:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Hersteller:</b></p> <p>_____</p>		
	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um ein neu gekauftes Gerät. Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers (gemäß § 9 Abs. 1).	
	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um ein gebraucht gekauftes Gerät, welches älter als 24 Monate ist. Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers <b>und</b> Wartungsprotokoll (gemäß § 9 Abs. 2a).	
	<input type="checkbox"/>	Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt. Apparategemeinschaftsvertrag	
	<input type="checkbox"/>	Ich gehe in eine bestehende Praxis. Das Gerät ist der KVSH bereits gemeldet.	

<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	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.
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<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"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>

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

Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt