

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 genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)

<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>	<p style="text-align: center;">Sonographie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="426 1261 1406 1301"> <p>1 Gehirn</p> </td> <td data-bbox="1406 1261 1482 1301"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1301 1406 1357"> <p>1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus</p> </td> <td data-bbox="1406 1301 1482 1357" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1357 1406 1413"> <p>2 Auge</p> </td> <td data-bbox="1406 1357 1482 1413"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1413 1406 1469"> <p>2.1 Gesamte Diagnostik des Auges</p> </td> <td data-bbox="1406 1413 1482 1469" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1469 1406 1525"> <p>2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke</p> </td> <td data-bbox="1406 1469 1482 1525" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1525 1406 1581"> <p>3 Kopf und Hals</p> </td> <td data-bbox="1406 1525 1482 1581"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1581 1406 1637"> <p>3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus</p> </td> <td data-bbox="1406 1581 1482 1637" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1637 1406 1693"> <p>3.1 Nasennebenhöhlen, B-Modus</p> </td> <td data-bbox="1406 1637 1482 1693" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1693 1406 1749"> <p>3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse, B-Modus)</p> </td> <td data-bbox="1406 1693 1482 1749" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1749 1406 1805"> <p>3.3 Schilddrüse, B-Modus</p> </td> <td data-bbox="1406 1749 1482 1805" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1805 1406 1861"> <p>4 Herz und herznahe Gefäße*</p> </td> <td data-bbox="1406 1805 1482 1861"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1861 1406 1917"> <p>4.1 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transkutan*</p> </td> <td data-bbox="1406 1861 1482 1917" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="426 1917 1406 1973"> <p>4.2 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transoesophageal*</p> </td> <td data-bbox="1406 1917 1482 1973" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<p>1 Gehirn</p>		<p>1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>	<p>2 Auge</p>		<p>2.1 Gesamte Diagnostik des Auges</p>	<input type="checkbox"/>	<p>2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke</p>	<input type="checkbox"/>	<p>3 Kopf und Hals</p>		<p>3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus</p>	<input type="checkbox"/>	<p>3.1 Nasennebenhöhlen, B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>	<p>3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse, B-Modus)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>3.3 Schilddrüse, B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>	<p>4 Herz und herznahe Gefäße*</p>		<p>4.1 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transkutan*</p>	<input type="checkbox"/>	<p>4.2 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transoesophageal*</p>	<input type="checkbox"/>
<p>1 Gehirn</p>																												
<p>1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>2 Auge</p>																												
<p>2.1 Gesamte Diagnostik des Auges</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>3 Kopf und Hals</p>																												
<p>3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>3.1 Nasennebenhöhlen, B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse, B-Modus)</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>3.3 Schilddrüse, B-Modus</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>4 Herz und herznahe Gefäße*</p>																												
<p>4.1 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transkutan*</p>	<input type="checkbox"/>																											
<p>4.2 Echokardiographie (Jugendliche, Erwachsene) transoesophageal*</p>	<input type="checkbox"/>																											

4.3	Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche) transkutan*	<input type="checkbox"/>
4.4	Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche) transoesophageal*	<input type="checkbox"/>
4.5	Belastungsechokardiographie (Jugendliche, Erwachsene)*	<input type="checkbox"/>
4.6	Belastungsechokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche)*	<input type="checkbox"/>
5	Thorax	
5.1	Thorax (ohne Herz), B-Modus, transkutan	<input type="checkbox"/>
5.2	Thorax (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	<input type="checkbox"/>
6	Brustdrüse	
6.1	Brustdrüse, B-Modus	<input type="checkbox"/>
7	Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)	
7.1	Abdomen und Retroperitoneum (Jugendliche, Erwachsene), B-Modus, transkutan	<input type="checkbox"/>
7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	<input type="checkbox"/>
7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/>
7.4	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche), transkutan	<input type="checkbox"/>
8	Uro-Genitalorgane	
8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	<input type="checkbox"/>
8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	<input type="checkbox"/>
8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/>
9	Schwangerschaftsdiagnostik	
9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	<input type="checkbox"/>
9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie Bitte ebenfalls den Antrag auf persönlichen Zugang zum geschützten Internetbereich der KVSH ausfüllen und beifügen!	<input type="checkbox"/>
9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	<input type="checkbox"/>
10	Bewegungsapparat	
10.1	Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	<input type="checkbox"/>
10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/>
11	Venen	
11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	<input type="checkbox"/>

	12 Haut und Subkutis	
	12.1 Haut, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	<input type="checkbox"/>
	Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)	
	20 Doppler-Gefäße	
	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"/>
	21 Doppler – Herz und herznahe Gefäße*	
	21.1 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Jugendliche, Erwachsene), transkutan*	<input type="checkbox"/>
	21.2 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Jugendliche, Erwachsene), transoesophageal*	<input type="checkbox"/>
	21.3 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche), transkutan*	<input type="checkbox"/>
	21.4 Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche), transoesophageal*	<input type="checkbox"/>
	22 Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik	
	22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	<input type="checkbox"/>
	22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>
	23 Doppler-Nerven und Muskeln	
	23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln	<input type="checkbox"/>
	* Diese Untersuchungen können gem. EBM nur von <u>fachärztlich</u> tätigen Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden!	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
	(N)BSNR:	

Fachliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) -bitte beifügen- ▪ Nachweis über Ultraschallkurse - wenn keine Zeugnisse vorhanden (Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs gemäß Abschnitt B § 6 der Ultraschallvereinbarung) -bitte beifügen- 	
Apparative Voraussetzungen	<p>Gerätebezeichnung:</p> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <p>Gerätenummer:</p> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <p>Hersteller:</p> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein neu gekauftes Gerät. Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers (gemäß § 9 Abs. 1) -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein gebraucht gekauftes Gerät, welches älter als 24 Monate ist. Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers und Wartungsprotokoll (gemäß § 9 Abs. 2a) -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt. Apparategemeinschaftsvertrag -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Ich gehe in eine bestehende Praxis. Das Gerät ist der KVSH bereits gemeldet.</p>	
Hinweis zum Datenschutz	<p>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.</p>	
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>Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zur Kenntnis genommen zu haben.</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