

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: September 2022

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 Leistungen der Strahlentherapie gemäß Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Allgemeine Hinweise</b> | Bitte beachten Sie, dass <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>          | <input type="checkbox"/> Nahbestrahlungstherapie<br><input type="checkbox"/> Weichstrahltherapie<br><input type="checkbox"/> Orthovolttherapie<br><input type="checkbox"/> Hochvolttherapie<br><input type="checkbox"/> Brachytherapie<br><input type="checkbox"/> CT gestützte Bestrahlungsplanung<br><input type="checkbox"/> Bestrahlungsplanung MRT  |
| <b>Betriebsstätten</b>     | Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:<br>(N)BSNR: _____  |

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <b>Fachliche Voraussetzungen</b>      | <input type="checkbox"/>  | Fachkundebescheinigung der Strahlenschutzverordnung nach § 47 -bitte beifügen-   |
|                                       | <input type="checkbox"/>  | Facharztzeugnis oder Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung -bitte beifügen-   |
|                                       | <input type="checkbox"/>  | Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums (nur bei Brachytherapie) -bitte beifügen-  |
|                                       | <input type="checkbox"/>  | Betriebserlaubnis bei Linearbeschleunigern und Afterloadinggeräten -bitte beifügen-  |
| <b>Apparative Voraussetzungen</b>     | <input type="checkbox"/>  | Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. 3 StrlSchG -bitte beifügen-  |
|                                       | <input type="checkbox"/>  | Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV -bitte beifügen-  |
|                                       | <input type="checkbox"/>  | Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG -bitte beifügen-</li> <li>▪ Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums -bitte beifügen-</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> | 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: <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> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>Zustimmung</b>                     | Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß der Vereinbarung die Qualitätssicherungskommission beauftragen, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß Abs. 2 Nr. 3 dieser Vereinbarung entsprechen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.  | <input type="checkbox"/>   |
|                                       | Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) zur Kenntnis genommen zu haben.  | <input type="checkbox"/>   |

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