

Antrag auf Genehmigung:

Strahlentherapie (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer 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.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses 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

Leistungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nahbestrahlungstherapie | <input type="checkbox"/> Weichstrahltherapie |
| <input type="checkbox"/> Orthovolttherapie | <input type="checkbox"/> Hochvolttherapie |
| <input type="checkbox"/> Brachytherapie | <input type="checkbox"/> CT gestützte Bestrahlungsplanung |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungsplanung MRT | <input type="checkbox"/> Stereotaktische Radiochirurgie (SRS) |

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

Fachliche Voraussetzungen*

- Fachkundebescheinigung der Strahlenschutzverordnung nach § 47 -bitte beifügen-
- Facharztzeugnis oder Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung -bitte beifügen-
- Umgangsgenehmigung des zuständigen Landesministeriums (nur bei Brachytherapie) -bitte beifügen-
- Betriebserlaubnis bei Linearbeschleunigern und Afterloadinggeräten -bitte beifügen-

Apparative Voraussetzungen

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. 3 StrlSchG -bitte beifügen-
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV -bitte beifügen-
- Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung:
 - Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG -bitte beifügen-
 - Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums -bitte beifügen-

Zustimmung

- 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.

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