

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 14** Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V kurative Mammographie

Name: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### 1. Fachliche Anforderungen

1. a) Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde gem. § 24 Abs. 1 RöV i. V. m. § 18a Abs. 1 RöV	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. b) Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:	<b>Nachweise beigefügt</b>
Facharzt für Radiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. c) Ich versichere, dass ich - die Palpation und Inspektion der Mammae bei mindestens 500 Patientinnen - die selbständige Befundung der Mammographien in mindestens 500 Fällen - die persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen selbständig durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. d) erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt C:  <b>oder</b>  ein vergleichbarer Nachweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

---

### 2. Apparative Voraussetzungen:

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 4 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### 3. Behördliche Genehmigung gemäß Röntgenverordnung:

Genehmigung nach § 3 Abs. 1 RöV oder Betriebserlaubnis nach § 4 Abs. 1 RöV ( <i>Nachweis: Kopie</i> )	<b>Nachweise beigelegt</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift