

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 22 Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur **Positronen-Emissions-Tomographie und Positronen-Emissions-Tomographie mit Computertomographie (PET / PET-CT)**

Name: _____

Facharzt für _____

1. im Rahmen der ASV durchzuführende Untersuchungen

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Positronen-Emissions-Tomographie (PET) |
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Positronen-Emissions-Tomographie mit Computertomographie (PET-CT) |

2. Fachliche Anforderungen

Nachweise beigefügt

(1) Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „ Radiologie “ (mit Berechtigung zur Durchführung der PET nach geltender WBO) oder Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „ Nuklearmedizin “	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(2) Ich versichere, mindestens 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre vor der Anzeige durchgeführt zu haben. Die Anleitung erfolgte durch einen Arzt, der nach der Weiterbildungsordnung für mind. ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist. oder Ich versichere, mind. 1.000 PET-Untersuchungen im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin ohne Anleitung durchgeführt zu haben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(3) Ich versichere, dass ich Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den Diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT) durch das Einordnen von mind. 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden erworben habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(4) Ich verpflichte mich unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht bei Durchführung der PET bzw. PET-CT zur Dokumentation gemäß § 6 Nr. 1 bis 10 der QSV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

(5) Ich versichere, dass ich zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung 20 Fortbildungspunkte regelmäßig innerhalb von 2 Jahren erwerbe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

3. Apparative Voraussetzungen

a) Technische Voraussetzungen Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 4 Nr. 1 bis 4 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
und	Nachweise beigefügt	
b) Nachweis gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 6 QSV über die Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 4 Nr. 1 bis 3 QSV (Nachweis: <i>Kopie der Gewährleistungserklärung des Herstellers</i>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Organisatorische Voraussetzungen

a) Ich versichere, dass die Durchführung der PET-CT unter Einsatz eines kombinierten PET-CT-Gerätes nach § 4 QSV in unmittelbarer Zusammenarbeit entsprechend § 9 Abs. 2 Nr. 5 QSV zwischen dem Arzt, der die fachlichen Anforderungen nach § 3 Abs. 1 QSV erfüllt und einem Arzt, der die fachlichen Anforderungen nach § 3 Abs. 2 QSV erfüllt, erfolgt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
und		
b) Ich versichere, dass die Indikationsstellung, Befundbesprechung und Nachbesprechung zur PET und PET-CT gemäß § 5 QSV in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift