



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**zur Ausführung von kernspintomographischer Untersuchungen**  
**Allgemeine Kernspintomographie**  
**(Teil I)**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

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

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Anforderungen

Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 8 Abs. 1 nachgewiesen werden (**als Anlage beifügen**):

1. Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung (§ 4 Abs. 1 Pkt. 1):
  - a) Facharzt für Diagnostische Radiologie:  
1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
  - b) Facharzt für Kinderradiologie:  
200 Untersuchungen, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks
  - c) Facharzt für Neuroradiologie:  
1000 Untersuchungen, des Schädels und des Spinalkanals
  - d) Facharzt für Nuklearmedizin:  
500 Untersuchungen
  
2. Berechtigung zum Führen der **Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung** (§ 4 Abs. 1 Pkt. 1)
  - Diagnostische Radiologie  
oder
  - Kinderradiologie  
oder
  - Neuroradiologie  
oder
  - Nuklearmedizin
  
3. Nachweis einer ganztägigen Tätigkeit (§ 4 Abs. 1 Pkt. 3):
  - mindestens **24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik** unter Anleitung  
oder
  - mindestens **12-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik** unter Anleitung  
**und**
  - maximal 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik** unter Anleitung
  
- Hinweis:** Die Anleitung nach den Nrn. 1.1 und 1.3 hat bei einem Arzt stattzufinden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.
  
4. Nach Erfüllung der Voraussetzungen ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.

**III. Apparative Voraussetzungen**

**Hersteller, Gerät und Gerätetyp**

.....  
.....  
.....

Das Formular "Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie"

- ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben beigelegt
- wird nachgereicht

**Standort des Gerätes**

Der Kernspintomograph steht

- in meiner Praxis
- in den Räumen der Apparategemeinschaft:  
.....
- in einer Nebenbetriebsstätte (Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume)  
.....

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Einrichtungen bezüglich der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10. Februar 1993 i. d. F. vom 17. September 2001 durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

**IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
**Datum**                      **Unterschrift des Antragstellers**                      **Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers**

**Hinweis:**  
Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: **QS@kvbb.de**