

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

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

### **Anlage 12** Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik gem. § 135 Abs. 2 SGB V

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

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### **a) Fachliche Anforderungen**

1. Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik nach dem für den Arzt maßgeblichen Weiterbildungsrecht [ <i>Nachweis: Kopie des / der Weiterbildungszeugnis(se)</i> ] (§ 4 QSV)	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b>	
2. Ich versichere, dass ich eine mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst, absolviert habe (§ 5 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b>	
3. Erfolgreiche Teilnahme an folgenden Ultraschallkursen (bitte Datum angeben) (§ 6 QSV):	
• Grundkurs am:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Aufbaukurs am:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Abschlusskurs am:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• computergestützte Fortbildung i. V. m. Ultraschallkursen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>(Kursnachweise in Kopie beifügen)</i>	
Ich versichere dass ich die erforderlichen Untersuchungszahlen (Anlage I QSV) je Anwendungsbereich (AB) durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

### b) beabsichtigte Leistungen - Anwendungsbereich (AB)

Bitte angeben:

1.		Gehirn
1.1	( )	Gehirn durch die offene Fontanelle
2.		Auge
2.1	( )	Gesamte Diagnostik des Auges
2.2	( )	Biometrie des Auges; Messung der Hornhautdicke mittels Ultraschall-Pachymetrie
3.		Kopf und Hals
3.1	( )	Nasennebenhöhlen, A- und/ oder B-Modus
3.2	( )	Gesichts- und Halsweichteile (einschließl. Speicheldrüsen) B-Modus
3.3	( )	Schilddrüse, B-Modus
4.		Herz und herznahe Gefäße
4.1	( )	Echokardiographie - Erwachsene, transthorakal
4.2	( )	Echokardiographie - Erwachsene, transoesophageal
4.3	( )	Echokardiographie - Kinder, transthorakal
4.4	( )	Echokardiographie - Kinder, transoesophageal
4.5	( )	Belastungs-Echokardiographie, Erwachsene
4.6	( )	Belastungs-Echokardiographie, Kinder
5.		Thorax
5.1	( )	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan
5.2	( )	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär
6.		Brustdrüse
6.1	( )	Brustdrüse, B-Modus
7.		Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)
7.1	( )	- Erwachsene, B-Modus, transkutan
7.2	( )	- Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Rektum)
7.3	( )	- Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)
7.4	( )	- Kinder, transkutan
8.		Uro-Genitalorgane
8.1	( )	Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane), B-Modus, transkutan
8.2	( )	Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane), B-Modus, transkavitär
8.3	( )	Weibliche Genitalorgane, B-Modus
9.		Schwangerschaftsdiagnostik
9.1	( )	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus
9.1a	( )	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
9.2	( )	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus
10.		Bewegungsapparat
10.1	( )	Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften), B-Modus
11.		Venen
11.1	( )	Venen der Extremitäten (B-Modus)
12.		Haut und Subkutis
12.1	( )	Haut, B-Modus
12.2	( )	Subkutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

**Bitte angeben:**

20.		Doppler - Gefäße
20.1	( )	CW-Doppler – Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.2	( )	CW-Doppler – Extremitätenver-/entsorgende Gefäße
20.3	( )	CW-Doppler – Extremitätenentsorgende Gefäße
20.4	( )	CW-Doppler / PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems
20.5	( )	PW-Doppler – Intrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.6	( )	Duplex-Verfahren – Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.7	( )	Duplex-Verfahren – Intrakranielle hirnversorgende Gefäße
20.8	( )	Duplex-Verfahren – Extremitätenver-/ entsorgende Gefäße
20.9	( )	Duplex-Verfahren – Extremitätenentsorgende Gefäße
20.10	( )	Duplex-Verfahren - Abdominelle und retroperitoneale Gefäße
20.11	( )	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems
21.		Doppler – Herz und herznahe Gefäße
21.1	( )	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) – Erw., transthorakal
21.2	( )	- Erwachsene, transoesophageal
21.3	( )	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) – Kinder, transthorakal
21.4	( )	- Kinder, transoesophageal
22.		Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik
22.1	( )	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System
22.2	( )	Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem

**c) Erklärung zur apparativen Ausstattung**

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 9 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift