

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

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

### **Anlage 19 Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

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

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### **1. im Rahmen der ASV durchzuführende Untersuchungen**

<input type="checkbox"/>	MR-Angiographien
<input type="checkbox"/>	MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik (MR-Angio der Becken- und Beinarterien nach EBM-GNR 34489)

#### **2. Fachliche Anforderungen gemäß § 3 Abs. 1 QSV**

	<b>Nachweise beigefügt</b>	
Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich die Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) selbständig durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik (12 Monate CT können angerechnet werden) absolviert habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### **3. Apparative Voraussetzungen**

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

### 4. Organisatorische Voraussetzungen, Befundung, Bildnachbearbeitung und Dokumentation gemäß §§ 5 und 6 QSV

Ich gewährleiste, dass ...	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Patient nach einer MR-Angiographie mit Kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gem. den Vorgaben der Arzneimittelinformationen des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden, die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation obligat ist und eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert wird.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie dokumentiert wird, wobei die Dokumentation mindestens folgende Angaben beinhalten muss:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beschwerden des Patienten und Befunde</li> <li>– Medizinische Fragestellung und daraus abgeleitete Indikation zur MR-Angiographie im Hinblick auf die erwartete diagnostische Information und/oder das therapeutische Vorgehen</li> <li>– Ergebnisse von Voruntersuchungen, die im Zusammenhang mit der vorliegenden medizinischen Fragestellung durchgeführt worden sind; auch anamnestische Angaben zu Voruntersuchungen</li> <li>– Messbedingungen, Messparameter (insbesondere verwendete Technik, Angaben zur Ortsauflösung [Voxelgröße]), verabreichte Medikamente, Art und Menge des Kontrastmittels, verwendete Technik zur Bolustriggerung,</li> <li>– Beschreibung der Bildinhalte</li> <li>– Befund und Beurteilung, gegebenenfalls unter Einbeziehung relevanter Vorbefunde/Bilddokumentationen</li> <li>– falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift