

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
zur Ausübung der radiologischen Tätigkeit – Computertomographie –

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. Beantragte Untersuchungen

Klasse 16

- ☐ Computertomographie des Schädels oder eines Extremitäten-Gelenkbereichs
- ☐ Computertomographie von Körperregionen (auch Zwischenwirbelräume), ausgenommen Schädel und Extremitäten-Gelenkbereich
- ☐ Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung
- ☐ Optische Führungshilfe und/oder Lagekontrolle mittels computergesteuerter Tomographie auch bei interventionellen Maßnahmen

III. Fachliche Anforderungen

Als Nachweis zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen füge ich entsprechend § 7 der Vereinbarung folgende Unterlagen bei:

Kopien über meine computertomographische Weiterbildung (analog § 16 der Vereinbarung)

Für Untersuchungen des Ganzkörpers:

eine mindestens 30monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik
und

☐ ja

☐ nein

eine mindestens 10monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie

☐ ja

☐ nein

Für Untersuchungen des Schädels und des Spinalkanals

eine mindestens 18monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik
und

☐ ja

☐ nein

eine mindestens 4monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie (Kopf u. Spinalkanal)

☐ ja

☐ nein

und (obligatorisch)

Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde (gem. § 47 der StrlSchV)

☐ ja

☐ nein

IV. Röntgeneinrichtung

1. Technische Voraussetzungen:

Betriebserlaubnis der zuständigen Behörde nach § 12 Abs. 1 Nr.4 des StrlSchG in Fotokopie

- ist beigelegt

☐ ja

☐ nein

- wird nachgereicht

☐ ja

☐ nein

oder

Betriebserlaubnis der zuständigen Behörde nach § 19 Abs. 1 des StrlSchG in Fotokopie

- ist beigelegt

☐ ja

☐ nein

- wird nachgereicht

☐ ja

☐ nein

oder

Wenn keine Anzeigebestätigung der zuständigen Behörde vorliegt, erfolgt der Nachweis durch Vorlage der im Rahmen des Anzeigeverfahrens eingereichten Unterlagen und Ihrer Erklärung, dass eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

(Eine spätere Untersagung ist der KVBB unverzüglich mitzuteilen.)

und

Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung in Fotokopie

- ist beigelegt	☐ ja	☐ nein
- wird nachgereicht	☐ ja	☐ nein

2. Standort:

-die Röntgeneinrichtung ist mein/unser Eigentum und in meiner/unserer Praxis aufgestellt	☐ ja	☐ nein
oder		
- die Röntgeneinrichtung wird in Apparategemeinschaft mit Standort genutzt. (Nutzungsvertrag)	☐ ja	☐ nein

V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärtzl. 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**