

**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 Ausführung von kernspintomographischer Untersuchungen**  
**MR-Angiographie**

**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: \_\_\_\_\_

Beantragte Untersuchungen:

- MR-Angiographien ☐
- MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik  
(MR-Angio der Becken- und Beinarterien nach EBM-GNR 34489) ☐

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

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie ☐

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien gemäß der QS-Vereinbarung ☐

Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung (12 Monate CT können angerechnet werden) ☐

## III. Apparative Voraussetzungen

Es wird folgende Ausstattung zur Behandlung von Notfällen vorgehalten:

- Frischluftbeatmungsgerät ☐
- Absaugvorrichtung ☐
- Sauerstoffversorgung ☐
- Rufanlage ☐

## IV. Organisatorische Voraussetzungen

Ich gewährleiste, dass

- der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann. ☐
- 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. ☐

## V. Dokumentation

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht dokumentiere ich die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie gemäß den Anforderungen der QS-Vereinbarung. ☐

## VI. Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte, unterschriebene Techn. Datenbogen/Gewährleistungsgarantie

ist dem Antrag beigelegt ☐  
wird nachgereicht ☐  
liegt der KV bereits vor ☐

Der Kernspintomograph steht  
in meiner Praxis ☐

in Räumen der Leistungserbringergemeinschaft, des MVZ, im Krankenhaus, Nebenbetriebsstätte ☐

.....  
Angabe der vollständigen Adresse

## **VII. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am

.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Ich bin einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten darauf zu prüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**

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

### **Hinweis:**

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

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