



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
Kernspintomographie der Mamma
(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 Untersuchungen 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):
 - 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
2. Berechtigung zum Führen der **Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung** (§ 4 Abs. 1 Pkt. 1)
 - Diagnostische Radiologie Kinderradiologie
 - Neuroradiologie 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
4. Genehmigung für Leistungen der Allgemeinen Kernspintomographie wurde bereits erteilt (§ 10 Abs. 1- **Kopie beifügen**)
5. Erfüllung der *fachlichen und apparativen* Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von folgenden Leistungen:
 - Röntgen –Mammographie** (gemäß Vereinb. zur Strahlendiagnostik u.-therapie)
 - Mamma – Sonographie** (gemäß Ultraschall-Vereinbarung)(Nachweise bzw. Kopie der Genehmigungen sind beigefügt)
6. Selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma unter Anleitung (§ 4a Abs. 1 c):
 - bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden
7. Nachweis der MRM-Untersuchungen entsprechend der Übergangsregelungen (§ 10 Abs. 2)
8. 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 Untersuchungen 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 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