



**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 von Untersuchungen auf dem Gebiet der Knochendichthemetzung**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

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

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit in / als:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung                     | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt                     |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> 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 17

- Knochendichthemessung mittels planarer Strahlenabsorptionsmessung und digitaler Auswertung (DXA)

## III. Fachliche Anforderungen

Als Nachweis zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen füge ich entsprechend § 8 der Vereinbarung folgende Unterlagen bei:

Fotokopien über meine Weiterbildung

### § 8 Absatz 1

#### Durchführung von Osteodensitometrien gemäß Weiterbildungsrecht

Fachkunde im Strahlenschutz  ja  nein

und

selbständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines in Knochendichthemessung qualifizierten Arztes  ja  nein

oder

### § 8 Absatz 3

#### Durchführung von Osteodensitometrien – nicht Inhalt der Weiterbildung

Fachkunde im Strahlenschutz  ja  nein

und

eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der radiologischen Skelettdiagnostik (6 Monate nuklearmed. Skelettdiagnostik kann angerechnet werden)  ja  nein

und

selbständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines in Knochendichthemessung qualifizierten Arztes  ja  nein

## IV. Röntgeneinrichtung

### 1. Technische Voraussetzungen:

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 .....  ja  nein

Standort ..... genutzt. (Nutzungsvertrag)

## **V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV**

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

<hr/> <b>Datum</b>	<hr/> <b>Unterschrift des Antragstellers</b>	<hr/> <b>Im Falle der Anstellung:</b> <b>Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ</b> <b>bzw. Unterschrift des Praxisinhabers</b>
--------------------	--	---

**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](mailto:QS@kvbb.de)