

**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 Knochendichtemessung

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 17

- ☐ Knochendichtemessung 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 Knochendichtemessung 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 Knochendichtemessung 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.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. 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**