

**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 Leistungen auf dem Gebiet der kurativen Mammographie**

**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. Fachliche Anforderungen

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

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Radiologie

**oder**

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma

**und**

☐ Fachkunde nach § 47 StrlSchV

**und**

☐ Nachweis über die Palpation und Inspektion der Mammæ unter Anleitung bei mindestens 500 Patientinnen

☐ Nachweis über die selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fällen

☐ Nachweis über die persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen

Unabhängig davon ist die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen nach Abschnitt C der Vereinbarung oder im Rahmen des Mammographie-Screening-Programm (Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä) zwingend vorgeschrieben.

## III. Apparative Voraussetzungen

### 1. Technische Voraussetzungen:

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

**oder**

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

**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 (beinhaltet auch die ergänzenden Anforderungen nach Anlage I der QSV, Apparative Anforderungen an **Mammographieeinrichtungen mit digitalem Bildempfänger**).

**oder**

☐ Die technischen Daten der Mammographieeinrichtung nach Anlage I oder Anlage I a der QSV sind auf dem Antragsformular (Technische Daten) nachgewiesen und von der Hersteller- bzw. Lieferfirma durch Unterschrift und Stempel bestätigt.

## 2. Standort:

- oder
- die Mammographieeinrichtung ist mein/unser Eigentum und in meiner/unserer Praxis aufgestellt p ja p nein
  - die Mammographieeinrichtung wird in Apparategemeinschaft mit ..... p ja p nein  
Standort .....  
genutzt. (Nutzungsvertrag vorlegen)
  - Ist eine eigene manuelle/maschinelle Entwicklungsanlage vorhanden?..... p ja p nein
  - Die Temperatur des Entwicklers wird / nicht thermostatisch geregelt.
  - Art der Aufzeichnung der Röntgenbefunde und Art der Aufbewahrung der Filme:  
.....  
.....  
.....

## IV. 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.

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen (Fallsammlung).

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