



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 Ausübung von Untersuchungen auf dem Gebiet der Strahlentherapie

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 Leistungen

- Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
- Hochvolttherapie
- Brachytherapie
- Bestrahlungsplanung

Wenn die Bestrahlungsplanung mittels CT oder MRT durchgeführt werden soll, ist der Antrag auf Erteilung der Genehmigung für computertomographische Leistungen und/ oder kernspintomographische Leistungen zu stellen.

III. Fachliche Anforderungen

- Facharzt für Strahlentherapie
- Fachkunde nach § 47 StrISchV
- oder**
- Facharzt für
- Nachweise über die Weiterbildung im Bereich der Nahbestrahlungs-, Weichteil-, Orthovolt- und Brachytherapie sind dem Antrag als Kopie beigelegt
- Fachkunde nach § 47 StrISchV

 **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

IV. Apparative Voraussetzungen

1. Technische Voraussetzungen:

Behördliche Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr.1 bzw. Nr.3 des StrISchG in Fotokopie

- ist beigelegt ja nein
- wird nachgereicht ja nein

und

Sachverständigen-Prüfbericht nach § 88 der StrISchV in Fotokopie

- ist beigelegt ja nein
- wird nachgereicht ja nein

Eigentümer der strahlentherapeutischen Einrichtung **ist/sind:**

.....
.....
.....

 **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV.....
amerhalten. 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:

Praxisinhaber bzw.
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

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.