



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereichsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**(Übergangsregelung)**

**auf Genehmigung zur Ausführung von Fraktursonografie bei Kindern mit Verdacht auf  
Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten**

*gem. Nr. 43 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der  
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses"*

**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 Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf.  
Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Voraussetzungen

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Facharzt für Allgemeinmedizin          | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Chirurgie                 | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Radiologie                | <input type="checkbox"/> |

2. Hiermit bestätige ich, dass ich über folgende Kenntnisse und Fertigkeiten gem. § 3 Abs. 2 gem. Nr. 43 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses verfüge:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Formen und Morphologie von Frakturen eines langen Röhrenknochens der oberen Extremität <b>und</b> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Indikationsstellung zur Fraktursonografie <b>und</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Untersuchungstechniken (Lagerung, Schnittebenen, potentielle Fehler und Gefahren) <b>und</b>      | <input type="checkbox"/> |
| 4. praktische Übungen an Unter- und Oberarm sowie Ellenbogen <b>und</b> Dokumentation                | <input type="checkbox"/> |

**oder**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Teilnahme an einer strukturierten Fortbildung über mind. 6 Stunden zu den unter 2. genannten Kenntnissen und Fertigkeiten | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|



**Bitte legen Sie die die entsprechende Teilnahmebescheinigung dem Antrag in Kopie bei.**

### III. Beantragte Leistungen

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Fraktursonografie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten (Übergangsregelung)

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

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** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.