

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fachbereich Qualitätssicherung

A N T R A G**auf Genehmigung zur Ausführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik gem.
der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V****I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon-Nummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tätigkeit in / als:☐ Eigener Niederlassung☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ☐ Ermächtigter Arzt☐ 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

Dem Antrag füge ich folgende Ausbildungs- und Qualifikationsnachweise gem. Ultraschall-Vereinbarung vom 31.10.2008 in der aktuell gültigen Fassung bei:

nach § 4 ☐ Weiterbildung
(Zeugnisse, Bescheinigungen, Logbuch)
oder

nach § 5 ☐ Ständige Tätigkeit
(wann und wo durchgeführt; mit Bestätigungen)
oder

nach § 6 / 6a ☐ Grundkurs am:
Aufbaukurs am:
Abschlusskurs am:
Fraktursonographie am:
oder

nach § 7 ☐ computergestützte Fortbildung i. V. m. Ultraschallkursen

Die erforderlichen Untersuchungszahlen (Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung) sind je Bereich unter der Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes durchgeführt und in **Zeugnissen** / **Bescheinigungen** oder dem **Logbuch** bestätigt.

➡ Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen dem Antrag in Kopie bei.

III. Apparative Voraussetzungen gemäß § 9 der Vereinbarung

Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind mittels einer Gewährleistungsgarantie von der jeweiligen Hersteller- bzw. Lieferfirma auszufüllen und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen (s. Anlage).

Sofern bereits gemeldete(s) Untersuchungsgerät(e) eingesetzt werden/wird, sind die Geräte und der derzeitige Betreiber anzugeben. Für das verwendete Ultraschallsystem muss eine Abnahmeprüfung nachgewiesen werden (§ 9).

Derzeitige(r) Betreiber.....

Gerät 1 Standort.....

Gerät 2 Standort

Gerät 3 Standort

IV. Beantragte Leistungen

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung folgender sonographischer Untersuchungen:

1. Gehirn
 - 1.1 ☐ Gehirn durch die offene Fontanelle
2. Auge
 - 2.1 ☐ Gesamte Diagnostik des Auges
 - 2.2 ☐ Biometrie des Auges
 - ☐ Messung der Hornhautdicke mittels Ultraschall-Pachymetrie
3. Kopf und Hals
 - 3.1 ☐ Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus
 - 3.2 ☐ Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen), B-Modus
 - 3.3 ☐ Schilddrüse, B-Modus
4. Herz und herznahe Gefäße
 - 4.1 ☐ Echokardiographie - Erwachsene, transthorakal
 - 4.2 ☐ - Erwachsene, transoesophageal
 - 4.3 ☐ Echokardiographie - Kinder, transthorakal
 - 4.4 ☐ - Kinder, transoesophageal
 - 4.5 ☐ Belastungs-Echokardiographie (physikalische Stufenbelastung), Erwachsene
 - ☐ Belastungs-Echokardiographie (pharmakodynamische Stufenbelastung), Erw.
 - 4.6 ☐ Belastungs-Echokardiographie (physikalische Stufenbelastung), Kinder
 - ☐ Belastungs-Echokardiographie (pharmakodynamische Stufenbelastung), Kinder
5. Thorax
 - 5.1 ☐ Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan
 - 5.2 ☐ Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär
6. Brustdrüse
 - 6.1 ☐ Brustdrüse, B-Modus
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)
 - 7.1 ☐ - Erwachsene, B-Modus, transkutan
 - 7.2 ☐ - Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Rektum)
 - 7.3 ☐ - Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)
 - 7.4 ☐ - Kinder, transkutan
8. Uro-Genitalorgane
 - 8.1 ☐ Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane), B-Modus, transkutan
 - 8.2 ☐ Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane), B-Modus, transkavitär
 - 8.3 ☐ Weibliche Genitalorgane, B-Modus
9. Schwangerschaftsdiagnostik
 - 9.1 ☐ Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus
 - 9.1 a ☐ Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
 - 9.2 ☐ Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus

- | | | | |
|-------|--------------------------|---|---|
| 10. | | Bewegungsapparat | |
| 10.1 | ☐ | Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften), B-Modus | |
| 10.2 | ☐ | Säuglingshüften, B-Modus | |
| 11. | | Venen | |
| 11.1 | ☐ | Venen der Extremitäten (B-Modus) | |
| 12. | | Haut und Subkutis | |
| 12.1 | ☐ | Haut, B-Modus | |
| 12.2 | ☐ | Subkutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus | |
| 13. | | Fraktursonographie | |
| 13.1 | ☐ | Fraktursonographie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten | |
| 20. | | Doppler - Gefäße | |
| 20.1 | ☐ | CW-Doppler | - Extrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| 20.2 | ☐ | | - Extremitätenver- /entsorgende Gefäße |
| 20.3 | ☐ | | - Extremitätenentsorgende Gefäße |
| 20.4 | ☐ | | - Gefäße des männlichen Genitalsystems |
| | ☐ | PW-Doppler | - Gefäße des männlichen Genitalsystems |
| 20.5 | ☐ | PW-Doppler | - Intrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| 20.6 | ☐ | Duplex-Verfahren | - Extrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| 20.7 | ☐ | | - Intrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| 20.8 | ☐ | | - Extremitätenver- /entsorgende Gefäße |
| 20.9 | ☐ | | - Extremitätenentsorgende Gefäße |
| 20.10 | ☐ | | - Abdominelle und retroperitoneale Gefäße |
| 20.11 | ☐ | | - Gefäße des weiblichen Genitalsystems |
| 21. | | Doppler – Herz und herznahe Gefäße | |
| 21.1 | ☐ | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) - Erwachsene, transthorakal | |
| 21.2 | ☐ | | - Erwachsene, transoesophageal |
| 21.3 | ☐ | Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) - Kinder, transthorakal | |
| 21.4 | ☐ | | - Kinder, transoesophageal |
| 22. | | Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik | |
| 22.1 | ☐ | Duplex-Verfahren | - Fetales kardiovaskuläres System |
| 22.2 | ☐ | | - Feto-maternales Gefäßsystems |
| 23 | | Doppler – Nerven und Muskeln | |
| 23.1 | ☐ | Duplex-Verfahren | - Muskeln und Nerven, Farbduplex |

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Untersuchungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Ultraschalldiagnostikgeräte bezüglich der Anforderungen an die apparativen Ausstattungen gemäß der Anlage III der Ultraschall-Vereinbarungen vom 31.10.2008 in der aktuell gültigen Fassung durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 135 SGB V.

V. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers:
Praxisinhaber d. Einzelpraxis 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.

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