



**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

**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: \_\_\_\_\_

#### 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

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

nach § 4 Weiterbildung  
(Fotokopie oder Original)

oder

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

oder

nach § 6 Grundkurs am: .....  
Aufbaukurs am:.....  
Abschlusskurs am:.....

oder

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

Die erforderlichen Untersuchungszahlen (Anlage I der Vereinbarung) sind je Bereich unter der Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes durchgeführt und in Zeugnissen/Bescheinigungen 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
  - 4.6 Belastungs-Echokardiographie (pharmakodynamische Stufenbelastung), Erw.
  - 4.6 Belastungs-Echokardiographie (physikalische Stufenbelastung), Kinder
  - 4.6 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
  
- 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
- 20.5 PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems
- 20.6 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
  
- 23.1 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 \_\_\_\_\_.  
Eine Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

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

Im Falle einer Genehmigung bin ich damit einverstanden, dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird. ja   
nein

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.