

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
computertomographischer Leistungen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

**Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung computertomographischer Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

**Folgende computertomographische Leistungen werden beantragt:**

- Computertomographie des Kopfes und des Spinalkanales
- Computertomographie des Körpers
- GOP 34504 EBM – CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik
- GOP 34505 EBM – CT gesteuerte Interventionen

**Nachweis der fachlichen Voraussetzungen**

**1. im Rahmen der Weiterbildung gemäß § 7 Abs. 1**

- Facharzt für Radiologie
- Facharzt für Radiologische Diagnostik oder
- Facharzt für Diagnostische Radiologie
  - Als Anlage sind Kopien des Facharztzeugnisses beigefügt.

**2. außerhalb der Weiterbildung gemäß § 7 abs. 2**

- Facharzt für Radiologische Diagnostik

**Nachweis der Fachkunde im Strahlenschutz**

- Ich verfüge über eine entsprechende Fachkundebescheinigung nach § 3 Abs. 3 Nr. 2 RöV bzw. eine Bescheinigung gemäß der Übergangsvorschriften der Röntgenverordnung (§ 45 Abs. 2 Satz 1 und § 45 a) über die Befreiung von der Nachweispflicht – jeweils von der Ärztekammer ausgestellt.
  - Nachweis beigefügt

<b>Nachweis der apparativen Voraussetzungen</b>
---

**Gerät:**

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

**Folgende Nachweise für die apparative Ausstattung sind beigefügt:**

- Genehmigung nach § 3 Abs. 1 der RöV über den Betrieb einer Röntgeneinrichtung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung. (Der Sachverständigenbericht darf nicht älter als 5 Jahre sein.
- Anzeigebestätigung der zuständigen Behörde (Gewerbeaufsichtsamt/ Amt für Versorgung) nach § 4 Abs. 1 RöV oder der Erklärung des Arztes, dass eine Untersagung des Betriebes durch die Behörde innerhalb der Frist nach § 3 Abs. 6 der Röntgenverordnung nicht erfolgt ist.

**Standort:**

- Das CT-Gerät ist mein Eigentum und am Standort der Hauptbetriebsstätte aufgestellt.
- Das CT-Gerät befindet sich an der Nebenbetriebsstätte:

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

- Die radiologische Einrichtung wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt:

Standort: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

- Eine Mitnutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

- Das CT-Gerät befindet sich in einem Krankenhaus:

Standort: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_

- Eine Mitnutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

## Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Von den derzeit gültigen Bestimmungen über die Durchführung radiologischer Untersuchungen habe ich Kenntnis genommen. Desgleichen von den Vorschriften über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, spätestens bei Aufnahme meiner vertragsärztlichen Röntgendiagnostik die für meine Röntgeneinrichtung ausgestellte Bescheinigung über die Strahlenschutzprüfung nach § 4 Abs. 1 bzw. Genehmigung nach § 3 der Röntgenverordnung einschl. des Sachverständigen-Prüfberichtes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vorzulegen. Weiterhin ist mir bekannt, dass ich jede Veränderung an der Röntgenapparatur sowie Änderung an der behördlichen Genehmigung (Betriebserlaubnis nach § 4 Abs. 1 bzw. Genehmigung nach § 3 der Röntgenverordnung) unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen habe.

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Einrichtung bezüglich der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

## Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte