

**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

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

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