

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der MR-Angiografie**

**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 Durchführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiografie (EBM-Nrn. 34470 bis 34492) nach § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie.**

### Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:
- FA für Radiologie
  - FA für Radiologische Diagnostik
  - FA für Diagnostische Radiologie
- Mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in einer kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. 12 Monate können durch eine ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung ersetzt werden.
- Selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiografien **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes innerhalb der letzten fünf Jahr vor Antragstellung**. Mindestens jeweils 20 Prozent dieser MR-Angiografien sind mit der Time-of-Flight (TOP)- der Phasenkontrast (PC)- und der kontrastmittelverstärkten (CE)-Technik erstellt worden.  
**Bitte Zeugnisse, Bescheinigungen oder Dokumentationen beifügen.**

### Apparative Voraussetzungen gemäß § 4

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Gewährleistungserklärung“ zu den geltenden Anforderungen an die apparative Ausstattung in der MR-Angiografie und zu den speziellen Anforderungen an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiografien mittels kontrastmittelverstärkter (CE)-Technik

- ist dem Antrag beigelegt.
- wird nachgereicht
- wurde bereits durch \_\_\_\_\_

nachgewiesen und liegt der KV vor.

**Folgende Mindestanforderungen an die apparative Notfallausrüstung werden erfüllt:**

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

**Ich benutze das Gerät:**

- am Vertragsarztsitz
- MVZ-Sitz
- in einer Nebenbetriebsstätte

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5

- Es ist gewährleistet, dass der Patient nach einer MR-Angiografie mit Kontrastmittelverstärkter Technik mindestens 20 Minuten nach Kontrastmittelgabe nachbeobachtet werden kann.
- Zur Befundung werden die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen.
- Die Erstellung geeigneter Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat. Eine repräsentative Auswahl diagnostisch relevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen wird archiviert.

### Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

- Ich verpflichte mich, die Indikation und die Durchführung der MR-Angiografie mindestens im Umfang des § 6 der Vereinbarung zu dokumentieren.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von der KV Sachsen-Anhalt beauftragte Qualitätssicherungskommission gemäß § 8 Abs. 4 der Vereinbarung die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung/MVZ daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.  
(Hinweis: Ohne das Einverständnis kann keine Genehmigung erteilt werden.)

\_\_\_\_\_  
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