

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der Kernspintomographie der Mamma**

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 kernspintomographischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 4 a

- Nachweis (z.B. Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung) der Erfüllung der in § 4 der Kernspintomographie—Vereinbarung festgelegten Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet „Diagnostische Radiologie“

und

- Nachweis (z.B. Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung) der Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgen-Mammographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
- ist beigelegt. liegt der KV Sachsen-Anhalt vor.

und

- Nachweis (z.B. Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung) der Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Mamma-Sonographie nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
- ist beigelegt liegt der KV Sachsen-Anhalt vor.

und

- Nachweis über die selbstständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung eines zur Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes.

Hinweis:

- Nach Erfüllung der Voraussetzungen ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.

Nachweis der apparativ-technischen Voraussetzungen

Ich verfüge über folgende Apparatur:

Hersteller: _____

Gerät/Gerätetyp: _____

Das Formular „Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie“

- ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben beigelegt.
- wird nachgereicht.
- wurde bereits durch _____
nachgewiesen und liegt der KV Sachsen-Anhalt vor.

Standort des Gerätes:

Der Kernspintomograph steht

in eigener Praxis.

an anderer Stelle:

(Name und Anschrift des
Praxisinhabers, der Klinik
bzw. des MVZ

gemeinschaftliche Nutzung
mit:

Sollte die Nutzung aufgrund eines Nutzungsvertrages erfolgen, diesen bitte vorlegen.

Erklärungen

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Einrichtungen bezüglich der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10. Februar 1993 in der derzeit gültigen Fassung 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