

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der Nuklearmedizin**

**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 Nuklearmedizin.**

**Nachweis der fachlichen Qualifikation**

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin.**
  - Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“ habe ich beigelegt.
  - Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
  - Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigelegt.
  - Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigelegt.
- Ich führe nicht die Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“.**
  - Ich habe ausreichende Zeugnisse über meine fachliche Befähigung für die diagnostischen Verfahren in-vivo-Diagnostik und in-vitro-Diagnostik beigelegt.  
Hinweis: Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist erforderlich.
  - Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigelegt.
  - Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigelegt.

**Nachweis der apparativen Voraussetzungen**

Für die Durchführung von nuklearmedizinischen Leistungen benutze ich folgende/s Gerät/e:

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Gerätebezeichnung: | Standort des Gerätes: |
| _____                 | BSNR: _____           |
| 2. Gerätebezeichnung: | Standort des Gerätes: |
| _____                 | BSNR: _____           |
| 3. Gerätebezeichnung: | Standort des Gerätes: |
| _____                 | BSNR: _____           |
| 4. Gerätebezeichnung: | Standort des Gerätes: |
| _____                 | BSNR: _____           |

### Gemeinsame Nutzung des/der Gerätes/e

nein

ja,

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigelegt.

Folgende Bescheinigungen sind gegenüber der KVSA nachzuweisen:

**Bericht der Abnahmeprüfung nach § 115 StrISchV.** Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

**Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die ärztliche Stelle nach § 130 StrISchV. Dieser ist unverzüglich nach der Prüfung vorzulegen.** Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung dieser Nachweis noch nicht vorliegt, ist die Ärztin oder der Arzt verpflichtet, eine Kopie der Anmeldung des Gerätes bei der ärztlichen Stelle vorzulegen.

**Behördliche Genehmigung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrISchG**

### Weitere Erklärungen

Ich verpflichte mich, jede wesentliche Veränderung am nuklearmedizinischen System sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der im Betrieb befindlichen Einrichtungen nach § 14 Abs. 4 hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kommission für Nuklearmedizin durch die KVSA beauftragt werden kann, die im Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie entsprechen.

\_\_\_\_\_  
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