

**Erweiterungsantrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der
diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und
Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)**

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 bin Facharzt für Nuclarmedizin Radiologie

und beantrage gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET-CT) vom 01.10.2017 **die Erweiterung meiner bereits erteilten Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen um die neu aufgenommenen Indikationen im Zusammenhang mit Kopf-Hals-Tumoren in der**

1. Diagnostischen Positronenemissionstomographie
(gemäß § 3 der o.g. Vereinbarung)

1.1 Diagnostische Positronenemissionstomographie bei Vorliegen einer diagnostischen CT-Untersuchung (PET)

- des Körperstammes (GOP 34700 EBM)
- von Teilen des Körperstammes (GOP 34702 EBM)

1.2 Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET-CT)

- des Körperstammes (GOP 34701 EBM)
- von Teilen des Körperstammes (GOP 34703 EBM)

Ich versichere, dass alle apparativen Voraussetzungen nach § 4, wie zuletzt von der KV Sachsen-Anhalt anerkannt, unverändert fortbestehen.

Ich versichere, dass für Leistungen der PET-CT nach den EBM-Nrn. 34701 sowie 34703 die von mir benannten radiologischen Kooperationspartner mit aktueller CT-Genehmigung unverändert beteiligt sind.

Organisatorische Voraussetzungen nach § 5 Abs. 7 und 8

Bei den neuen Indikationen gemäß § 1 Nrn. 7-8 besteht das interdisziplinäre Team mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET und PET-CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, dem verantwortlichen Strahlentherapeuten und einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

FA für HNO- Heilkunde _____

FA für MKG-Chirurgie _____

In die Entscheidung über die Durchführung der Neck Dissection bzw. der laryngoskopischen Biopsie sollen ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissions-tomographie/diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie einschließlich der organisatorischen Anforderungen zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

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