

Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ultraschalldiagnostischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Angaben zum Ultraschalldiagnostikgerät

genaue Bezeichnung des Gerätes: _____

Baujahr: _____

Hersteller/Vertreiber: _____

Nr.	Nutzer des Gerätes	lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Standort des
Ultraschallsystems:** _____

**Betriebsstättennummer
ggf. Nebenbetriebsstättennummer
(falls bereits vergeben):** _____

Weitere Ultraschalldiagnostikgeräte:

Ist ein weiteres Ultraschalldiagnostikgerät im Einsatz?

- ja
 nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

genaue Bezeichnung des Gerätes: _____

im Einsatz seit/ab
(Baujahr/Datum): _____

Hersteller/Vertreiber: _____

Erklärung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich erkläre, dass ich in der o.g. Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ein Kippliegen-Ergometer bereithalte (trifft nur für die Echokardiographie zu).
- Ich erkläre, dass ich vor der erstmaligen Inbetriebnahme des hier angegebenen Ultraschallgerätes von einer gemäß § 9 Abs. 2 qualifizierten Person in die sachgerechte Handhabung, die Anwendung und den Betrieb eingewiesen wurde.

Die Einweisung erfolgte durch: _____

Ich bin damit einverstanden, dass gemäß § 14 Abs. 4 der Ultraschallvereinbarung die Qualitätssicherungskommission ggf. vor Ort die Ultraschallsysteme daraufhin überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III entsprechen.

Hiermit versichere ich, dass ich für die ultraschalldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die vorstehend genannte apparative Ausstattung verwende. Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

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