

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von strahlentherapeutischen Leistungen**

**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: \_\_\_\_\_

**Folgende strahlentherapeutischen Verfahren werden beantragt:**

- Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
- Hochvolttherapie
- Brachytherapie

<b>Nachweis der fachlichen Voraussetzungen</b>
--

**Ich bin Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.**

- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ habe ich beigefügt.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt.

**Ich führe nicht die Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.**

- Ich habe ausreichende Zeugnisse über meine fachliche Befähigung beigefügt.

Hinweis: Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist erforderlich.

- Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt.

<b>Nachweis der apparativen Ausstattung</b>
---

Für die Durchführung von strahlentherapeutischen 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 beigefügt.

Die Genehmigung zum Betrieb der Anlage des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigefügt.

Die Umgangsberechtigung des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigefügt.

Die Betriebserlaubnis (TÜV-Bericht) ist beigefügt.

Jede Änderung der apparativen Ausstattung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KVSA unverzüglich mitgeteilt.

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSA durch die zuständige Qualitätssicherungskommission eine Praxisbegehung nach § 14 abs. 4 QSV zur Überprüfung der im Betrieb befindlichen Einrichtungen dahingehend vornehmen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage II 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