

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von Leistungen der Kernspintomographie**

**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 Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.**

**Fachliche Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1**

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung:

- Diagnostische Radiologie, Radiologische Diagnostik, Radiologie
- Kinderradiologie
- Neuroradiologie
- Nuklearmedizin

Eine Kopie der Facharzturkunde/Schwerpunktbezeichnung

- ist dem Antrag beigelegt.
- liegt der KVSA bereits vor.

**Erwerb der fachlichen Qualifikation in der allgemeinen Kernspintomographie innerhalb der Facharztweiterbildung**

- Ich habe ein Zeugnis beigelegt, aus dem hervorgeht, dass eine selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung erfolgt ist.  
(als Anlage beigelegen)

**Folgende fachspezifische Untersuchungszahlen werden nachgewiesen:**

- Facharzt für Diagnostische Radiologie, Radiologische Diagnostik, Radiologie
  - mindestens 1.000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenk, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- Kinderradiologie
  - mindestens 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks
- Neuroradiologie
  - mindestens 1.000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
- Die geforderte Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen wurde **vollständig innerhalb** der Facharztweiterbildung absolviert.
- teilweise innerhalb** und **restliche Anzahl** außerhalb der Facharztweiterbildung
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.

**Erwerb der fachlichen Qualifikation in der allgemeinen Kernspintomographie  
außerhalb der Facharztweiterbildung**

- Ein Zeugnis über eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik und Anleitung ist beigefügt.

oder

- Ein Zeugnis über eine mindestens 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung **und**
- Ein Zeugnis über eine maximale 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung ist beigefügt.

**Folgende fachspezifische Untersuchungszahlen werden nachgewiesen:**

- Facharzt für Diagnostische Radiologie, Radiologische Diagnostik, Radiologie:
- mindestens 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenk, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- Kinderradiologie:
- mindestens 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks
- Neuroradiologie:
- mindestens 1.000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.

**apparativ-technische Ausstattung**

Ich verfüge über folgende Apparatur:

Hersteller: \_\_\_\_\_

Gerät/Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Die Bestätigung des Herstellers „Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie“

- ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben beigefügt.
- wird nachgereicht.

Standort der Kernspintomographie-Einrichtung:

- eigene 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.

Im Fall der Genehmigung bin ich

einverstanden,

nicht einverstanden,

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
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