

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Knochendichtemessung**

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 Knochendichte-messung gemäß der Vereinbarung Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- Ich bin nach dem für mich maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Osteodensitometrien berechtigt.
- erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ und ggf. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- Selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbstständiger Einstellung des Gerätes und selbstständiger Befundung

Wurde die Weiterbildung gemäß einer Weiterbildungsordnung auf der Grundlage einer früheren (Musterweiterbildungsordnung (vor 2003)) absolviert, sind folgende Zeugnisse und Bescheinigungen einzureichen:

- mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der radiologischen Skelettdiagnostik, auf die eine bis zu 6-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen Skelettdiagnostik angerechnet werden kann
- erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ und ggf. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- Erwerb praktischer Erfahrungen in der Knochendichtemessung aufgrund der Durchführung von mindestens 50 Untersuchungen unter Anleitung eines nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbstständiger Einstellung des Gerätes und selbstständiger Befundung.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Hinweis: Die Messung muss mittels eines zentralen DXA (Dual-Energy-X-ray Absorptiometrie) erfolgen.

Hersteller: _____

Gerät: _____

- Die **Betriebserlaubnis ist beigelegt.**
- Die **Betriebserlaubnis wird umgehend nachgereicht.**
- Jede Veränderung an der Apparatur werde ich unverzüglich mitteilen.

Standort des Gerätes

Das Gerät steht:

- in meiner Praxis
- in den Räumen des MVZ _____
- in den Räumen der Apparatgemeinschaft (Eigentümer und Adresse)

- im Krankenhaus _____

Ein entsprechender Vertrag zwischen mir und dem Geräteeigentümer über die Nutzung der Röntgenapparatur

- ist meinem Antrag beigelegt
oder
 wird zeitnah nachgereicht.

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Fachkundebescheinigungen, Facharztanerkennung, ...), die nach dieser Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

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