

**Anlage 2** zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ultraschalldiagnostischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

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

**Standort des  
Ultraschallsystems:** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_  
(falls bereits vergeben)

**Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik**

*(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)*

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme<sup>1</sup> eingesetzt:

**Herstellerfirma:** \_\_\_\_\_  
(mit Adresse)

**Geräte-Bezeichnung:** \_\_\_\_\_  
(vollständige Herstellerangaben)

**Geräte-Nummer:** \_\_\_\_\_

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

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

**Schallkopf 1** Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

**Schallkopf 2** Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

**Schallkopf 3** Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

**Schallkopf 4** Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

**Schallkopf 5** Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

**Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im Folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i.V.m. Anlage III der Ultraschallvereinbarung:**

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

			<b>erfüllt</b>
<b>1. Gehirn</b>			
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>2. Auge</b>			
AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>3. Kopf und Hals</b>			
AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>4. Herz und herznahe Gefäße</b>			
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer und pharmakodynamischer Belastung - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>5. Thorax</b>			
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>6. Brustdrüse</b>			
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)

AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 8. Uro-Genitalorgane

AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 9. Schwangerschaftsdiagnostik

AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 10. Bewegungsapparat

AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 11. Venen

AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
---------	------------------------	---------	--------------------------

## 12. Haut und Subkutis

AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanen Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

## 20. Doppler-Gefäße

AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich  ja  nein

## 21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße

AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

## 22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

## 23. Nerven und Muskeln

AK 23.1	Nerven und Muskeln, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------------	------------	--------------------------

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

**Der Hersteller / autorisierte Vertreiber bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.**

Ort, Datum,

Stempel, Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner