

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Nuklearmedizin

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 Leistungen der Nuklearmedizin.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

- ☐ **Ich bin Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin.**
- ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“ habe ich beigelegt.
 - ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - ☐ Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigelegt.
 - ☐ Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigelegt.
- ☐ **Ich führe nicht die Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Nuklearmedizin“.**
- ☐ Ich habe ausreichende Zeugnisse über meine fachliche Befähigung für die diagnostischen Verfahren in-vivo-Diagnostik und in-vitro-Diagnostik beigelegt.
Hinweis: Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist erforderlich.
 - ☐ Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigelegt.
 - ☐ Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigelegt.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung von nuklearmedizinischen 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 beigelegt.

Folgende Bescheinigungen sind gegenüber der KVSA nachzuweisen:

☐ **Bericht der Abnahmeprüfung nach § 115 StrISchV.** Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

☐ **Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die ärztliche Stelle nach § 130 StrISchV. Dieser ist unverzüglich nach der Prüfung vorzulegen.** Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung dieser Nachweis noch nicht vorliegt, ist die Ärztin oder der Arzt verpflichtet, eine Kopie der Anmeldung des Gerätes bei der ärztlichen Stelle vorzulegen.

☐ **Behördliche Genehmigung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrISchG**

Weitere Erklärungen

Ich verpflichte mich, jede wesentliche Veränderung am nuklearmedizinischen System sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der im Betrieb befindlichen Einrichtungen nach § 14 Abs. 4 hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kommission für Nuklearmedizin durch die KVSA beauftragt werden kann, die im Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 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