

**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 beigefügt.
- 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 beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt

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 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.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung von nuklearmedizinischen Leistungen benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätbezeichnung:

Standort des Gerätes:

BSNR: _____

2. Gerätbezeichnung:

Standort des Gerätes:

BSNR: _____

3. Gerätbezeichnung:

Standort des Gerätes:

BSNR: _____

4. Gerätbezeichnung:

Standort des Gerätes:

BSNR: _____

Gemeinsame Nutzung des/der Gerätes/e

- nein
 ja,

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname: _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname: _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname: _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname: _____

- Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

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 nuklärmedizinischen 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