

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen kurativer Mammographie**

**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 mammographischen Leistungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie.**

### Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung

Radiologie

oder

„Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ mit der Zusatzbezeichnung (bzw. zusätzlichen Weiterbildung) „Röntgendiagnostik der Mamma“

und

- Nachweis über Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs
- Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mindestens 500 Patientinnen
  - Selbstständige Befundung von Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fällen
  - Persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen

Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Weiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

und

Nachweis über die im Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 47 StrlSchV und Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

**Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt erfolgreich an der Beurteilung der Fallsammlung nach § 3 Abs. 1 Buchstabe d) in Verbindung mit Abschnitt C teilgenommen hat.**

### Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung von Leistungen der kurativen Mammographie benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung/Hersteller:

Standort des Gerätes:

\_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

2. Gerätebezeichnung/Hersteller:

Standort des Gerätes:

\_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

3. Gerätebezeichnung/Hersteller:

Standort des Gerätes:

\_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_

- Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 des StrlSchG
- Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular (Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie) ist dem Antrag beigelegt.
- Die Betriebserlaubnis ist beigelegt.
- Die Betriebserlaubnis wird umgehend nachgereicht.
- Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigelegt.

#### Erklärung

Hiermit erkläre ich gemäß § 14 Abs. 7 mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung durch die zuständige Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt der eingesetzten Geräte, ob diese den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie 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