

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie bei
Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen**

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 stereotaktischen Radiochirurgie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- ☐ Ich bin Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.
- ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ habe ich beigelegt.
 - ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ 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 (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).
- ☐ Ich bin Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie.
- ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie“ habe ich beigelegt.
 - ☐ Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie“ 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 (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).

Hinweis: Die Genehmigungserteilung für das Fachgebiet Neurochirurgie setzt die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium voraus.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung von stereotaktischen Radiochirurgie 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 Geräte/es

☐ 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.

☐ Die Genehmigung zum Betrieb der Anlage des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigelegt.

☐ Die Umgangsberechtigung des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigelegt.

☐ Die Betriebserlaubnis (TÜV-Bericht) ist beigelegt.

☐ Jede Änderung der apparativen Ausstattung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KVSA unverzüglich mitgeteilt.

Hinweis: Die stereotaktische Radiochirurgie darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erbracht werden:

- **dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS**
- **stereotaxieadaptierte Linearbeschleuniger**
- **dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS**

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSA durch die zuständige Qualitätssicherungskommission eine Praxisbegehung nach § 14 abs. 4 QSV zur Überprüfung der im Betrieb befindlichen Einrichtungen dahingehend vornehmen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen.

Mir ist bekannt, dass der Indikationsstellung gemäß § 13a der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie in Verbindung mit Nr. 40 und Nr. 41 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz zugrunde zu legen ist.

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