

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von strahlentherapeutischen Leistungen**

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

**Folgende strahlentherapeutischen Verfahren werden beantragt:**

- ☐ Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
- ☐ Hochvolttherapie
- ☐ Brachytherapie

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>Nachweis der fachlichen Voraussetzungen</b> |
|------------------------------------------------|

☐ **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.

☐ **Ich führe nicht die Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.“**

- ☐ Ich habe ausreichende Zeugnisse über meine fachliche Befähigung 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.

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>Nachweis der apparativen Ausstattung</b> |
|---------------------------------------------|

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

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Gerätebezeichnung:<br>..... | Standort des Gerätes:<br>BSNR: ..... |
| 2. Gerätebezeichnung:<br>..... | Standort des Gerätes:<br>BSNR: ..... |
| 3. Gerätebezeichnung:<br>..... | Standort des Gerätes:<br>BSNR: ..... |
| 4. Gerätebezeichnung:<br>..... | Standort des Gerätes:<br>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.

☐ 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.

### 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.

\_\_\_\_\_  
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

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>Datenschutzrechtliches Einverständnis</b> |
|----------------------------------------------|

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