

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-562
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Computertomographie

gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351 EBM
Ganzkörper-Computertomographie einschließlich des Kopfes und Spinalkanals
- GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34343, 34344, 34345 EBM
Computertomographie des Kopfes und Spinalkanals
- GOP 34504 EBM
CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik
- GOP 34505 EBM
CT-gesteuerte Intervention(en)

Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Bei mehreren vorhandenen Nebenbetriebsstätten bzw. Geräten an weiteren Standorten (z. B. üBAG) bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft inkl. Angabe der Nutzungszeiten ist beigefügt

Adresse

Bei mehreren vorhandenen ausgelagerten Praxisräumen oder Apparategemeinschaften bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 7 der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

Ganzkörper-Computertomographie einschl. des Kopfes und Spinalkanals

- Facharzturkunde Diagnostische Radiologie oder Radiologie (aktuelle Fassung WBO) **oder**
- Facharzturkunde für Radiologische Diagnostik oder Radiologie (ältere Fassung WBO) **und**
- eine 10monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes **und**
- eine 30monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen, einschl. neuroradiologischen, Diagnostik unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes

Bei Vorliegen der Facharztanerkennung Radiologische Diagnostik oder Radiologie (ältere Fassung WBO) muss die fachliche Befähigung ggf. zusätzlich in einem Kolloquium vor der Radiologie Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden.

Computertomographie des Kopfes und Spinalkanals

- Facharzturkunde Diagnostische Radiologie oder Radiologie (aktuelle Fassung WBO) **oder**
- Facharzturkunde für Radiologische Diagnostik oder Radiologie (ältere Fassung WBO) **und**
- eine 4monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie, insbesondere des Kopfes und des Spinalkanals, unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes **und**
- eine 18monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen, einschl. neuroradiologischen, Diagnostik unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes

Bei Vorliegen der Facharztanerkennung Radiologische Diagnostik oder Radiologie (ältere Fassung WBO) muss die fachliche Befähigung ggf. zusätzlich in einem Kolloquium vor der Radiologie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden.

Strahlenschutz-Fachkunden

- Urkunde der Ärztekammer über den Erwerb der erforderlichen Fachkunde gem. § 18 RöV (alt) / § 47 StrlSchV (neu)
- ggf. Bescheinigung der erforderlichen Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutz-Fachkunde gem. RöV (alt) / StrlSchV (neu)

CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik

- Fachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet „Interventionsradiologie“ (Urkunde/Bescheinigung der Ärztekammer) **und**
- Fachkunde im Strahlenschutz für den Anwendungsbereich „Gesamtgebiet Röntgendiagnostik einschließlich CT“ nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22.12.2005, in Kraft getreten am 07.04.2006 **oder**
- Fachkunde im Strahlenschutz für den Anwendungsbereich „Gesamtgebiet Röntgendiagnostik einschließlich CT“ nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ in Kraft getreten am 01.09.2012

Apparative Nachweise gemäß § 11 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

Gerät 1

Gerätebezeichnung: _____

Hersteller: _____

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr.: _____

Geräteeigentümer: _____

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft inkl. Nutzungszeiten ist beigefügt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)

Gerät 2

Gerätebezeichnung: _____

Hersteller: _____

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr.: _____

Geräteeigentümer: _____

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft inkl. Nutzungszeiten ist beigefügt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)

Zu jedem Gerät sind folgende Unterlagen einzureichen:

Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung (nicht älter als 5 Jahre)

und

Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde (LAGetSi) nach StrlSchG **oder**

Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde (LAGetSi) **und**

Kopie der Meldung der Röntgeneinrichtung bei der Ärztlichen Stelle Röntgen **und**

Es wird bestätigt, dass eine Untersagung der Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung durch die Behörde bisher nicht erfolgte.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung) sowie Änderungen der Bauartzulassung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin schriftlich anzuzeigen.

Die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung ist nach Ablauf der 5jährigen Frist termingerecht und unaufgefordert bei der KV Berlin einzureichen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Radiologie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die in Betrieb befindlichen Einrichtungen darauf hin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen, wird erklärt.

Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller