

## ANTRAG

### auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß 135 Abs. 2 SGB V

#### WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von)

\_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ**

\_\_\_\_\_  
angestellt seit/ab:

**Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht**

**1. Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**2. Betriebstätte**

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der nachstehenden angekreuzten ultraschalldiagnostischen Leistungen:**

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Bilddokumentation gemäß § 9 (3) der Ultraschall-Vereinbarung (in Kraft getreten am 01.04.2009, Fassung vom 23.06.2009), bei. Die Ultraschallaufnahme soll nicht älter als 3 Monate sein. Aus der Bilddokumentation muss eindeutig hervorgehen, dass die Ultraschallaufnahme mit dem beantragten Ultraschallsystem erstellt wurde. **Sonst kann eine Genehmigung nicht erteilt werden.**

**Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus) nach Anwendungsklasse**

**1 Gehirn**  
Gehirn durch die offene Fontanelle im B-Modus.....  **Eine Bilddokumentation**  
 ist beigefügt  
 wird nachgereicht

**2 Auge**  
Gesamte Diagnostik des Auges.....  **Eine Bilddokumentation**  
Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke.....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht

**3 Kopf und Hals**  
Nasennebenhöhlen, A-Modus.....   
Nasennebenhöhlen, B-Modus.....  **Eine Bilddokumentation**  
Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse), B-Modus....   ist beigefügt  
Schilddrüse, B-Modus.....   wird nachgereicht

**4 Herz und herznahe Gefäße** **Eine Bilddokumentation**  
Echokardiographie\*  
(Jugendliche, Erwachsene).....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht  
Echokardiographie\*  
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche) .....   
Belastungsechokardiographie\*  
(Jugendliche, Erwachsene).....   
Belastungsechokardiographie\*  
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche).....

**5 Thorax** **Eine Bilddokumentation**  
Thorax (ohne Herz), B-Modus.....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht

\* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von **fachärztlich** tätigen Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden!

**6 Brustdrüse** **Eine Bilddokumentation**  
Brustdrüse, B-Modus.....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht

---

**7 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)** **Eine Bilddokumentation**  
Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus   ist beigefügt  
(Jugendliche, Erwachsene) .....   wird nachgereicht  
Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus,  
(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche).....

---

**8 Uro-Genitalorgane** **Eine Bilddokumentation**  
Uro-Genitalorgane, B-Modus.....   ist beigefügt  
Weibliche Genitalorgane, B-Modus.....   wird nachgereicht

---

**9 Schwangerschaftsdiagnostik** **Eine Bilddokumentation**  
Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus.....   ist beigefügt  
Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus.....   wird nachgereicht

---

**10 Bewegungsapparat** **Eine Bilddokumentation**  
Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus.....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht  
Säuglingshüfte, B-Modus  
(hier ist eine Teilnahme an einem Kolloquium notwendig)...

---

**11 Venen** **Eine Bilddokumentation**  
Venen der Extremitäten, B-Modus.....   ist beigefügt  
 wird nachgereicht

---

**12 Haut und Subkutis** **Eine Bilddokumentation**  
Haut, B-Modus.....   ist beigefügt  
Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus.....   wird nachgereicht

---

**13 Sonstige Untersuchungen** **Eine Bilddokumentation**  
Sonographische Untersuchungen von Organen oder Organteilen bzw.  
beigefügt  ist  
Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Punkte 1 bis 22 in  
diesem Antrag sind, B- Modus.....   wird nachgereicht

**Für die Beantragung dieser Leistung ist eine Begründung für die Durchführung und Abrechnung der Untersuchung notwendig!**

---

---

---

## Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)

### 20 CW Doppler - Gefäße

- CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße.....
- CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße.....
- CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße.....
- CW-Doppler – Gefäße des männl. Genitalsystems.....

### PW Doppler - Gefäße

- PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße.....
- PW-Doppler - Gefäße des männl. Genitalsystems.....

### Duplex-Gefäße

- Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße\*.....
- Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße\*.....
- Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße\*.....
- Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße\*.....
- Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße (inkl. Mediastinum)\*.....
- Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems.....

---

### 21 Doppler – Herz und herznahe Gefäße

- Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex \*  
**(Jugendliche, Erwachsene)**.....
- Doppler-Echokardiographie einschl. Duplex\*  
**(Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche)**.....

---

### 22 Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

- Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System  
**(hier ist eine Teilnahme an einem Kolloquium notwendig)**.....
- Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem  
**(hier ist eine Teilnahme an einem Kolloquium notwendig)**.....

\* Diese Untersuchungen können gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur von **fachärztlich** tätigen Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden!

## Dem Antrag sind folgende Nachweise beizufügen:

### 1. Je nach Erwerb der fachlichen Befähigung für eine oder mehrere Ultraschalleistungen sind dem Antrag die folgenden Urkunden und Zeugnisse beizulegen:

#### a) Fachliche Befähigung nach der **Weiterbildungsordnung (§ 4)**:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharztbezeichnung
- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 4b selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen

**und/oder**

#### b) Fachliche Befähigung in einer **ständigen Tätigkeit (§ 5)**:

- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 5a und b absolvierte ständige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und die selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen

**und/oder**

#### c) Fachliche Befähigung durch **Ultraschallkurse (§ 6 oder § 7)**:

- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 6 Abs. 1a selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen
- Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an den Ultraschallkursen (Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs) nach § 6 Abs. 1b
- ggf. Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der computergestützten Fortbildung nach § 7

Die Zeugnisse nach den Buchstaben a bis c müssen mindestens die folgenden Angaben beinhalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand
- Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken
- Zahl der vom Antragsteller selbständig und unter Anleitung erbrachten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen; Zahl der pathologischen Befunde
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Ultraschalluntersuchungen

### 2. Gewährleistungserklärung (siehe Anlage zum Antrag)

### 3. Bilddokumentation/en je beantragten Anwendungsklasse in B-Modus gemäß § 9 (3)

#### **Hinweis:**

Bei Erwerb der fachlichen Befähigung nach Buchstabe b und c ist nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen zusätzlich eine erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 14 Abs. 6 notwendig.

## **Apparative Ausstattung**

Die verwendeten Ultraschallsysteme müssen Mindestanforderungen an die Gerätesicherheit, biologische Sicherheit und technische Leistungsfähigkeit erfüllen. Die Mindestanforderungen richten sich nach Anwendungsklassen gemäß Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung.

Die Gewährleistungserklärung des Ultraschallsystems liegt dem Antragsformular bei. Die Angaben zum Ultraschallsystem sind vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen.

**Veränderung in der apparativen Ausstattung, die Auswirkungen auf die Bildqualität haben können, sind unverzüglich der KVHB mitzuteilen.**

**Angaben zum Ultraschallsystem**

	Ultraschallsystem 1	Ultraschallsystem 2	Ultraschallsystem 3	Ultraschallsystem 4
<b>Bezeichnung des Ultraschallsystems</b>				
<b>Hersteller</b>				
<b>Vertreiber</b>				
<b>Baujahr</b>				
<b>Standort (Adresse und BSNR)</b>				

Das/die Ultraschallsystem/e (bitte Nr. eingeben) \_\_\_\_\_ ist/sind mein Eigentum

oder Eigentum der Berufsausübungsgemeinschaft oder des MVZ

- ja
- nein, Apparategemeinschaft mit \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass gemäß § 9 Abs. 4 sich der Arzt für jedes Ultraschallsystem, das er erstmalig in Betrieb nimmt, anhand der Gebrauchsanweisung sowie beigefügter sicherheitsbezogener Informationen und Instandhaltungshinweise in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Ultraschallsystems einweisen lassen muss. Die Einweisung darf nur von Personen durchgeführt werden, die auf Grund ihrer Kenntnisse und praktischen Erfahrungen für die Einweisung in die medizintechnische Handhabung des Gerätes geeignet sind. Die Einweisung ist unter Angabe des Namens der einweisenden Person schriftlich zu dokumentieren und auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die entsprechende Ultraschall-Vereinbarung finden Sie ansonsten auf unserer Homepage unter <http://www.kvhb.de/pdf/zg/ultraschallvereinbarung.pdf>

**Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn der vollständige Nachweis der fachlichen und der apparativen Voraussetzungen gemäß Ultraschall-Vereinbarung in der KVHB vorliegt.**

**Hinweis**

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Ultraschalldiagnostik nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

**Erklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVHB gemäß § 14 Abs. 5 der Ultraschall-Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III der Vereinbarung entsprechen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

**Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZb zw.  
anstellender Arzt der Praxis

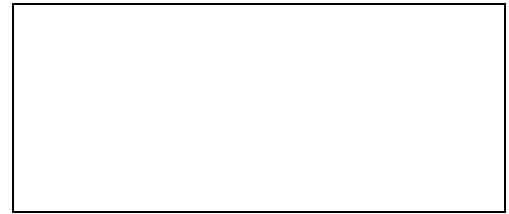
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Abteilung Zulassung/Genehmigung  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
**28209 Bremen**

Fax: 0421 / 3404-337



Arztstempel

### Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung

<b>Nutzer des Ultraschallsystems:</b>	<b>Lebenslange Arztnummer</b> (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

<b>Standort des Ultraschallsystems:</b>	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer (falls bereits vergeben)	_____

### Gewährleistungserklärung - Ultraschalldiagnostik- (nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

<b>Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme<sup>1</sup> eingesetzt:</b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____
	(Adresse)
<b>Ultraschallsystem-Bezeichnung:</b>	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
<b>Ultraschallsystem-Nr:</b>	_____
	(Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>Auslieferungsdatum:</b>	_____
<b>Schallkopf 1</b> Typ _____	Frequenz _____
<b>Schallkopf 2</b> Typ _____	Frequenz _____
<b>Schallkopf 3</b> Typ _____	Frequenz _____
<b>Schallkopf 4</b> Typ _____	Frequenz _____
<b>Schallkopf 5</b> Typ _____	Frequenz _____

<sup>1</sup> Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung vom 01.04.2009 ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

**Allgemeine Angaben:**

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme **erfüllen die allgemeinen Bestimmungen hinsichtlich der Gerätesicherheit und der technischen Leistungsfähigkeit** entsprechend § 9 Abs. 1 (insb. Anlage III Punkt 1 und 2) der Ultraschall-Vereinbarung vom 01.04.2009.

oder

**Übergangsregelung nach § 16 Abs. 4 Satz 1:**

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme **entsprechen den allgemeinen Bestimmungen zur Gerätesicherheit** der Ultraschall-Vereinbarung vom 01.04.2009 gemäß Anlage III Punkt 1. Es werden **nicht alle Anforderungen zur technischen Leistungsfähigkeit erfüllt**.

Das Ultraschallsystem wurde bereits vor dem 01.04.2009 verwendet, so dass eine weitere Benutzung **bis längstens 31.03.2013** möglich ist.

**Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme mit den aufgeführten Schallköpfen erfüllen die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen nach Anlage III 1.1 bis 22.2 der Ultraschallvereinbarung.**

Zutreffendes bitte ankreuzen

			<b>erfüllt</b>
<b>1. Gehirn</b>			
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>2. Auge</b>			
AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>3. Kopf und Hals</b>			
AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

			<b>erfüllt</b>
<b>4. Herz und herznahe Gefäße</b>			
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>5. Thorax</b>			
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>6. Brustdrüse</b>			
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>			
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>			
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>9. Schwangerschaftsdiagnostik</b>			
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>10. Bewegungsapparat</b>			
AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>11. Venen</b>			
AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>12. Haut und Subkutis</b>			<input type="checkbox"/>
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanen Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>20. Doppler-Gefäße</b>			<b>erfüllt</b>
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich ja  nein

<b>21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße</b>			<b>erfüllt</b>
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

### 22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner