

**Ärztliche Stelle Niedersachsen/Bremen
Berliner Allee 20**

30175 Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mich bereit, an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 16 Abs. 3 RöV teilzunehmen und die Unterlagen der Ärztlichen Stelle auf Anforderung zugänglich zu machen. Die Verpflichtung zu dieser Bereitschaftserklärung ergibt sich aus § 3 (2) 7. b) sowie § 4 (1) 4. b RöV.

Für die weitere Zusammenarbeit teile ich der Ärztlichen Stelle mit:

- Ich eröffne eine neue Praxis im Bereich der KV Bremen am:
- Ich übernehme am die Praxis von
Dr.
- Ich werde ab in der bestehenden Praxisgemeinschaft/
Gemeinschaftspraxis tätig sein.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel, Unterschrift des Arztes)

A N T R A G
auf Genehmigung zur Abrechnung
radiologischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung
Strahlendiagnostik und –therapie gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraus-
setzungen gem. § 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 Betriebsstätte/n erbracht

**1. Betriebsstät-
te**

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Beantragte radiologische Untersuchungen

34.2 Allgemeine Röntgendiagnostik (§ 5)

34.2.1 Schädel, Halsweichteile

- 34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels
- 34211 Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- u./o. Unterkiefers
- 34212 Halsorgane u./o. Mundboden

34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie

- 34220 knöchernen Thorax u./o. seine Teile
- 34221 Teile der Wirbelsäule
- 34222 gesamte Wirbelsäule
- 34223 Myelographie(n)

34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen des Skeletts, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile, Arthrographien

- 34230 Teile des Skeletts o. des Kopfes
- 34231 Teilaufnahme der Schulter u./o. des Schultergürtels
- 34232 Hand, Fuß o. deren Teile
- 34233 Extremitäten o. deren Teile mit Ausnahme der nach Nr. 34232 genannten Extremitäten-
teile
- 34234 Becken u./o. dessen Weichteile
- 34235 Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- o. Kniegelenks
- 34236 Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit der Ausnahme der in der Leistung Nr. 34235
genannten Gelenke
- 34237 Röntgenteilaufnahme des Beckens in mindestens zwei Ebenen
- 34238 Zuschlag zu den Nr. 34230 – 34233 bei Durchführung gehaltener Aufnahmen

34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

- 34240 Brustorgane in einer Ebene
- 34241 Brustorgane in mindestens zwei Ebenen
- 34242 Brustorgane einschließlich Durchleuchtung
- 34243 Abdomen in einer Ebene
- 34244 Abdomen in mindestens zwei Ebenen
- 34245 Teile des Abdomens
- 34246 Speiseröhre
- 34247 Magen u./o. Zwölffingerdarm
- 34248 Dünndarm
- 34250 Gallenblase u./o. Gallengänge
- 34251 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms
- 34252 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Kind (12. Lj.)

34.2.5 Urogenitalorgane

- 34255 Ausscheidungsurographie
- 34256 Urethrozystographie o. Refluxzystogramm
- 34257 Retrograde Pyelographie einer Seite

34.2.6 Gangsysteme

- 34260 natürlich o. krankhaft entstandene Gangsysteme, Höhlen o. Fisteln

34.2.8 Durchleuchtungen / Schichtaufnahmen

- 34280 Durchleuchtungen
- 34281 Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung
- 34282 Schichtaufnahmen

34.2.9 Gefäße

- 34290 Angiokardiographie
- 34293 Lymphographie
- 34294 Phlebographie
- 34295 Zuschlag zur Nr. 34294 zur computergestützten Analyse
- 34296 Phlebographie des Brust- u./o. Bauchraumes
- 34297 Embolisations- u./o. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen

34.2.7 Mammographie (§ 6)

- 34270 Mammographie
- 34271 Zuschlag zu 34270
- 34272 Mammateilaufnahmen
- 34273 Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates
- 34274 Zuschlag zu 34270 für Vakuumstanzbiopsie(n) der Mamma

34.3 Computertomographie (§ 7)

34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule

- 34310 CT des Neurocraniums
- 34311 CT von Teilen der Wirbelsäule
- 34312 Zuschlag zu den Nr. 34310 – 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekaler Kontrastmittelgabe

34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

- 34320 CT des Gesichtsschädels
- 34321 CT der Schädelbasis
- 34322 CT der Halsweichteile

34.3.3 Thorax

- 34330 CT des Thorax

34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

- 34340 CT des gesamten Abdomens
- 34341 CT-Untersuchung des Oberbauches
- 34342 CT des Beckens
- 34343 Zuschlag zu den Nr. 34310, 34311, 34320 – 34322, 34330, 34340 – 34342, 34350, 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln
- 34344 Zuschlag zu den Nr. 34310, 34311, 34320 – 34322, 34330, 34340 – 34342, 34350, 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien
- 34345 Zuschlag zu den Nr. 34310, 34311, 34320 – 34322, 34330, 34340 – 34342, 34350, 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmitteln

34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

- 34350 CT der Extremitäten u./o. deren Teile
- 34351 CT der Hand, des Fußes oder deren Teile

34.3.6 Bestrahlungsplanung CT

- 34360 CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie

34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

- 34500 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC
- 34501 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent
- 34502 CT-gesteuerte Intervention
- 34503 bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule

HINWEIS:

Für Leistungen der Interventionellen Radiologie, Invasiven Kardiologie und Osteodensitometrie ist ein gesonderter Antrag erforderlich.

Fachliche Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Fachkunde im Strahlenschutz
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik

Bitte fügen Sie die entsprechenden Urkunden, Zeugnisse, Bescheinigungen und Weiterbildungsnachweise diesem Antrag in Kopie bei.

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Nachweisen/Bescheinigungen sind der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie zu entnehmen.

HINWEIS:

Nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie kann die Teilnahmen an einem Kolloquium für die beantragten radiologischen Leistungen erforderlich werden.

Apparative Voraussetzungen

- Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung füge ich einen Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, bei.
- Die Röntgeneinrichtung ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.
- Die Röntgeneinrichtung ist mein Eigentum und befindet sich in meinem **ausgelagerten Praxisteil**.

Standort der Auslagerung: _____

- Da sich das von mir genutzte Gerät nicht an meinem Praxissitz befindet, beantrage ich die Nutzung an einem ausgelagerten Praxisteil.

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Die Röntgeneinrichtung wird **in Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Die Röntgeneinrichtung wird **in Apparategemeinschaft** mit dem **Krankenhaus:**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit,



1. dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden bzw. bestellt ist.
2. jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen schriftlich anzeigen werde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Bremen die zuständige Sachverständigen-Kommission beauftragen kann, meine im Betrieb befindliche Einrichtung darauf zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entspricht.

Der Antragsteller versichert, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Es ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

Bitte beachten Sie, dass die Ausführung und Abrechnung radiologischer Leistungen erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zulässig ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes