

**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 und Ausführung
in der Kernspintomographie der Mammae nach der Kernspintomographie-
Vereinbarung nach den Qualifikationsvoraussetzungen 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 Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstät-
te

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Fachliche Qualifikationsnachweise

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung
- Zeugnis über die selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden. Die Untersuchungen wurden unter Anleitung eines Arztes durchgeführt, der zur Weiterbildung in diesem Bereich ermächtigt ist.

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

- Ich habe die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der allgemeinen Kernspintomographie nach der Kernspintomographie Vereinbarung
 - Ja Nein
- Ich habe die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Röntgenmammographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie
 - Ja Nein
- Ich habe die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung für die Mammasonographie nach der Ultraschall-Vereinbarung
 - Ja Nein

Nach § 8 Abs. 2 Satz 2 der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V können abweichende, aber gleichwertige Befähigungen als Nachweis der Qualifikation nach § 4a i.V.m. § 10 Abs. 2 angesehen werden:

- Selbständige Durchführung und Befundung von mind. 200 kernspintomographischen Untersuchungen der Mamma – bei Verdacht auf eine bösartige Erkrankung der Brust – mit mindestens 50 % histologisch oder durch geeignete Nachuntersuchungen gesichert.
- Die erfolgreiche Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kurs von 2 Tagen mit einer Mindestdauer von insgesamt 10 Stunden. Der Kurs muss die Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von Kernspintomographien der Mamma unter Berücksichtigung der in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannten Indikation beinhalten.

Nach Erfüllung der formalen Voraussetzungen ist das Genehmigungsverfahren mit der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Qualitätssicherungskommission Radiologie abzuschließen.

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.
- Der Kernspintomograph ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.
- Der Kernspintomograph 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: _____

Der Kernspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Der Kernspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit dem **Krankenhaus:**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Auflage zur fachlichen Befähigung gem. § 4a Abs. 2 Buchstabe a)

Ich verpflichte mich mit meiner Unterschrift, in einem Abstand von jeweils 12 Monaten mindestens 50 selbständig erbrachte kernspintomographische Leistungen der Mamma entsprechend § 4a Abs. 2 Buchstabe a) gegenüber der KV Bremen nachzuweisen.

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich



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 der Leistungen der Kernspintomographie der Mamma 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