

**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 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

### a) Erwerb der fachlichen Qualifikation der allgemeinen Kernspintomographie außerhalb der Weiterbildung (§4 Abs. 1)

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung
- Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Weiterbildung in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung (12 Monate können durch eine ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung ersetzt werden.)
- Aus dem Zeugnis geht hervor, dass eine selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung erfolgt ist. (§ 4 Abs. 1 Nr. 1)

Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung mit folgenden Untersuchungszahlen:

- Diagnostische Radiologie bzw. Radiologische Diagnostik:**  
1.000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- Kinderradiologie:**  
200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirn und des Rückenmarks
- Neuroradiologie:**  
1.000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
- Nuklearmedizin:**  
500 Untersuchungen

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

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

### b) Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet (§ 4 Abs. 2 oder Abs. 3)

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung

Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung mit folgenden Untersuchungszahlen:

- Diagnostische Radiologie bzw. Radiologische Diagnostik:**  
1.000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
- Kinderradiologie:**  
200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirn und des Rückenmarks
- Neuroradiologie:**  
1.000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
- Nuklearmedizin:**  
500 Untersuchungen

Die geforderte Anzahl der kernspintomographischen Untersuchungen wurde

- vollständig** innerhalb der Facharztweiterbildung absolviert. (§ 4 Abs. 2)
- teilweise innerhalb** und **restliche Anzahl außerhalb** der Facharztweiterbildung absolviert (§ 4 Abs. 3)

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

**c) Erwerb der fachlichen Qualifikation im Rahmen der Fachkunde (§ 4 Abs. 4)- gilt nur für Nuklearmediziner**

- Eine Kopie der Facharzturkunde und der Fachkunde MRT ist beigelegt.
- Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Weiterbildung in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung ist beigelegt. (12 Monate können durch eine ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung ersetzt werden.)
- Aus dem Zeugnis geht hervor, dass eine selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung über mindestens 500 Untersuchungen erfolgte.
- Ich habe erfolgreich an einer Prüfung vor der Ärztekammer teilgenommen (Nachweis beigelegen)

***Sofern der Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Prüfung vor der Ärztekammer nicht geführt werden kann, ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium von der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.***

**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 Apparatgemeinschaft** mit der **Praxis** \_\_\_\_\_ genutzt  
Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_
- Der Kernspintomograph wird in **Apparatgemeinschaft** mit dem **Krankenhaus**: \_\_\_\_\_ genutzt  
Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

## **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 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