

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung 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

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

Computertomographie des Kopfes und des Ganzkörpers		
34310	CT-Untersuchung des Neurocraniums	<input type="checkbox"/>
34311	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>
34312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekaler Kontrastmittelgabe	<input type="checkbox"/>
34320	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	<input type="checkbox"/>
34321	CT-Untersuchung der Schädelbasis	<input type="checkbox"/>
34322	CT-Untersuchung der Halsweichteile	<input type="checkbox"/>
34330	CT-Untersuchung des Thorax	<input type="checkbox"/>
34340	CT-Untersuchung des Oberbauches	<input type="checkbox"/>
34341	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	<input type="checkbox"/>
34342	CT-Untersuchung des Beckens	<input type="checkbox"/>
34343	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln	<input type="checkbox"/>
34344	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien	<input type="checkbox"/>
34345	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342, 34350 und 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>
34350	CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten Extremitätenteile	<input type="checkbox"/>
34351	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	<input type="checkbox"/>
34504	CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik	<input type="checkbox"/>
34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	<input type="checkbox"/>
Computertomographie zur Bestrahlungsplanung		
34360	CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie	<input type="checkbox"/>

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

- FA für Radiologie, Nuklearmedizin oder Strahlentherapie
- und**
- Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung
- und**
- Zeugnisse und Logbuchauszug über den Erwerb von eingehenden Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik (Ganzkörper, Kopf) im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung
- oder**

weiterer Facharzt

und

Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung

und

Zeugnisse über die nachfolgend geforderten Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes

a) Für Untersuchungen des Ganzkörpers auch einschließlich des Kopfes und des Spinalkanals:

eine mindestens 30monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschließlich neuroradiologischen Diagnostik

und

eine mindestens 10monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie

oder

b) Für Untersuchungen des Kopfes und des Spinalkanals

eine mindestens 18monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschließlich neuroradiologischen Diagnostik

und

eine mindestens 4monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie insbesondere des Kopfes und des Spinalkanals

und

erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative Voraussetzungen (gem. § 11 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Bitte fügen Sie dem Antrag auf computertomographische Leistungen die Anlage 1 (Gerätemeldung) ausgefüllt bei.

Anzeigebestätigung (ausgestellt durch das Landesamt für Verbraucherschutz)

Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Radiologie der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen (§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung).

Mir ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie Änderungen an der behördlichen Genehmigung nach § 19 Abs. 5 Strahlenschutzgesetz unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

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

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.