

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](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

**Fachgebiet: Innere Medizin – Schwerpunkt Angiologie**

(entsprechend der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung))

### Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname: .....

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

### Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in einer Zweigpraxis (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 ultraschalldiagnostischer Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein                       ja (bitte den Bescheid beifügen)

**Anwendungsbereiche** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der nachstehend angekreuzten ultraschalldiagnostischen Leistungen**

**3 KOPF UND HALS**

3.3 Schilddrüse, B-Modus

**4 HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE**

**ECHOKARDIOGRAPHIE**

4.1 Jugendliche, Erwachsene – transthorakal

4.2 Jugendliche, Erwachsene – transoesophageal

4.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche – transthorakal

4.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche – transoesophageal

4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene

4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

**5 THORAX**

5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan

5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär

**7 ABDOMEN UND RETROPERITONEUM (EINSCHLIEßLICH NIEREN)**

7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan

7.2 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Rektum)

7.3 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)

7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche - transkutan

**8 URO-GENITALORGANE / WEIBLICHE GENITALORGANE**

8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan

8.2 Uro-Genitalorgane, B- Modus, transkavitär

**10 BEWEGUNGSAPPARAT**

10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften), B-Modus

**11 VENEN**

11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus

**12 HAUT UND SUBCUTIS**

12.1 Haut, B-Modus

12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus

## 20 DOPPLER-GEFÄßE

- |       |  |                          |
|-------|--|--------------------------|
| 20.1  | CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße                           | <input type="checkbox"/> |
| 20.2  | CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße                             | <input type="checkbox"/> |
| 20.3  | CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße                                  | <input type="checkbox"/> |
| 20.5  | PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße                           | <input type="checkbox"/> |
| 20.6  | Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße                     | <input type="checkbox"/> |
| 20.7  | Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße                     | <input type="checkbox"/> |
| 20.8  | Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße                       | <input type="checkbox"/> |
| 20.9  | Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße                            | <input type="checkbox"/> |
| 20.10 | Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum | <input type="checkbox"/> |

## 21 DOPPLER-HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE

- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| 21.1 | Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal                             | <input type="checkbox"/> |
| 21.2 | Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal                          | <input type="checkbox"/> |
| 21.3 | Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche, transthorakal    | <input type="checkbox"/> |
| 21.4 | Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche, transoesophageal | <input type="checkbox"/> |

### Voraussetzungen

Die zu erfüllenden und gegenüber der KV Thüringen nachzuweisenden Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik sind in der Ultraschall-Vereinbarung (Anlage zu den Bundesmantelverträgen) geregelt. Auf Wunsch senden wir Ihnen ein Exemplar der Ultraschall-Vereinbarung zu.

#### Bitte fügen Sie folgende Nachweise den Antragsunterlagen bei:

- **unbeglaubigte Kopie der Facharzturkunde(n)** als Nachweis der zuständigen Ärztekammer über die ultraschalldiagnostische Weiterbildung nach maßgeblichem Weiterbildungsrecht
- Zeugnisse / Kursbescheinigungen / Zertifikate / Auszug Logbuch
- Anlage 1 zum Antragsformular (Qualifikation des Ausbilders / anleitenden Arztes)  
(sofern Genehmigungserteilung nach §§ 5 und / oder 6 der geltenden Ultraschall-Vereinbarung)
- Anlage 2 zum Antragsformular  
(Angaben zum Ultraschalldiagnostikgerät / Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma inkl. Angabe der Seriennummern von Gerät und Schallköpfen)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Themen A-Z.

### Erklärung

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.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 9 Abs. 5 der Ultraschall-Vereinbarung verpflichtet bin, jede Änderung der apparativen Ausstattung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen habe.

Mit einer Überprüfung der von mir genutzten apparativen Ausstattung durch die Qualitätssicherungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gemäß § 14 Abs. 5 der geltenden Ultraschall-Vereinbarung bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Name des (verantwortlichen) Arztes /  
ärztlichen Leiters (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des (verantwortlichen) Arztes /  
ärztlichen Leiters

\_\_\_\_\_  
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 Ultraschalldiagnostik 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.kvt.de](http://www.kvt.de), Thema Datenschutz.