

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie

(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie))

**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 der MR-Angiographie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein                       ja (bitte den Bescheid beifügen)

### Beantragte Leistungen

#### Abschnitt 34.4.7 des EBM (bitte die entsprechenden GOP des EBM eintragen)

- MR-Angiographien

GOP: .....

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie)

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Radiologie“ (nicht erforderlich, wenn im Arztregister der KV Thüringen die Gebietsbezeichnung eingetragen ist)
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet „Radiologie“ befugten Arztes innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung. Diese müssen mit der Time-of-Flight (TOF)-, in Phasenkontrast (PC)- und zu mindestens in 20 % mit der kontrastmittelverstärkten (CE)-Technik erstellt worden sein.
- Mindestens 24monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet „Radiologie“ befugten Arztes, ggf. kann eine bis zu 12monatige Tätigkeit in der Computertomographie angerechnet werden

(bitte Bescheinigungen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie beifügen)

### Apparative Voraussetzungen (gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie )

Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen nutzen Sie bitte das separate Geräteformular (Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Kernspintomographie). Beachten Sie bitte dabei, dass die Seiten 1 und 2 vom Hersteller/Vertreiber und die Seite 3 von Ihnen auszufüllen sind.

- Apparatgemeinschaft mit .....
- Eine geeignete Notfallausrüstung mit
- Frischluftbeatmungsgerät
  - Absaugvorrichtung
  - Sauerstoffversorgung
  - Rufanlage

steht zur Verfügung.

### Organisatorische Voraussetzungen, Befundung, Bildnachbearbeitung, Dokumentation (gem. §§ 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie)

- Ich bestätige, dass
- bei CE-Technik die Nachbeobachtung des Patienten gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels erfolgt
  - zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder herangezogen werden
  - die Erstellung von Rekonstruktionen erfolgt zur sicheren Befunddokumentation
- Weiterhin bestätige ich, dass die Untersuchungen nach den in § 6 genannten Anforderungen dokumentiert werden. Mir ist bekannt, dass klinische Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen, in Anlage 2 der Vereinbarung aufgeführt sind. Weitere Indikationsstellungen zur MR-Angiographie werde ich besonders begründen.

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

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Kernspintomographie der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 4 Abs. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung 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 MR-Angiographie 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 MR-Angiographie 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.