

ANLAGE

zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen

Angaben der Hersteller- und Lieferfirma der Kernspintomographie-Einrichtung

Dem Arzt/der Ärztin Herrn/Frau

Anschrift:

.....

wird diese Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen übergeben.

Wir bestätigen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, dass die nachstehend aufgeführte Kernspintomographie-Einrichtung den Anforderungen der apparativen Ausstattung der seit 1. April 1993 geltenden Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

ANGABEN ÜBER DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE-EINRICHTUNG

Herstellerfirma:

Typ-Bezeichnung:

Baujahr:

Magentsystem	resistiv	<input type="radio"/>
	permanent	<input type="radio"/>
	supraleitend	<input type="radio"/>

Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Anlage I zur Kernspintomographie-Vereinbarung, gültig ab 1. April 1993

1. Spezielle Hochfrequenzspulen für den jeweiligen Anwendungsbereich ja nein
2. Minimale Schichtdicke ≤ 1 mm bei 3D-Gradienten-Echo-Sequenzen und ≤ 3 mm bei 2D-Spin-Echo-Sequenzen ja nein
3. Herzaktion - gesteuerte Aufnahmen ja nein
4. Vorsättigung, Fettunterdrückung, Bewegungsartefakt-Kompensation und Flussrephasierung ja nein
5. Die Anforderungen nach den Nrn. 2 bis 4 müssen - soweit indiziert - in einer Aufnahmesequenz kombinierbar sein ja nein
6. Gradientenecho mit variablen Flipwinkeln als Multischichttechnik oder Einzelschnitte mit Aufnahmezeiten ≤ 10 Sekunden pro Aufnahmesequenz ja nein
7. Magnetfeldhomogenität ± 5 ppm über 40 cm Kugeldurchmesser ja nein

8. Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschl. Gelenkuntersuchungen):
3D-Aquisition mit einer Aufnahmematrix von 256x256x64 Voxels oder kleiner bei einem Voxelvolumen $\leq 1 \text{ mm}^3$; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten ja nein

9. Für kardiologische Untersuchungen:
Cine-Gradientenecho, Darstellung doppelt angulierter Schichten ja nein

10. Für Untersuchungen der Mamma:
Doppel-Mammaspule ja nein

Bei allen Aufnahmen, mit Ausnahme der Aufnahmen aus Nr. 9, muss bei einem Field of View von 250 mm eine Aufnahmematrix von mindestens 256x256 Bildpunkten eingehalten werden können. ja nein

Zusätzliche Anforderungen für MR-Angiographie gem. Anlage 1 der geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie

Möglichkeit der Durchführung folgender Verfahren:
Aufnahmen mittels Time-of-Flight(TOF)-, Phasenkontrast(PC)- und kontrastmittelverstärkter (CE-)Technik. ja nein

Anforderungen an kontrastmittelverstärkte (CE-) Technik:

- Möglichkeit zur Bolustriggerung (mittels Bolustiming oder Bolustracking) ja nein
- Möglichkeit von Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe ja nein

Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Herstellers

bearbeitet von Frau/Herrn:

Telefon-Durchwahl:

DIESE FRAGEN SIND VOM ANTRAGSTELLENDEN ARZT ZU BEANTWORTEN!

Standort der Kernspintomographie-Einrichtung

- eigene Praxis
- an anderer Stelle
(Name und Anschrift des Praxisinhabers, der Klinik bzw. des MVZ)
.....
- Gemeinschaftliche Nutzung mit:
.....

Sofern die Nutzung aufgrund eines Nutzungsvertrages erfolgt, diesen bitte vorlegen.

Weitere Kernspintomographie-Einrichtungen:

Sind weitere Kernspintomographie-Einrichtungen im Einsatz ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung der Kernspintomographie-Einrichtung:

Standort der Kernspintomographie-Einrichtung:

Betreiber der Kernspintomographie-Einrichtung:

Darüber hinaus ist

- bei der Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter Technik ein Injektor zur automatisierten und reproduzierbaren Gabe von Kontrastmittel sowie unmittelbar im Anschluss zu applizierender Spüllösung zu verwenden,
- jede Änderung der Kernspintomographie-Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Der/Die Unterzeichner bestätigt/bestätigen mit Unterschrift die Einhaltung der Anforderungen sowie die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber oder
MVZ, vertreten durch den ärztl. Leiter



Arztstempel

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift
Durchführender Arzt/Ärztin