

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 von Leistungen der Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

(gemäß „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 Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

**Beantragte Leistung/en**

- Osteodensitometrische Untersuchung (GOP 34600, 34601 EBM)

**Fachliche Voraussetzungen (gem. § 8 i. V. m. § 17 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)**

- Facharzturkunde  
**und**
- Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung bzw. Strahlenschutzverordnung  
**und**
- Nachweis (Zeugnis) über die selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbstständiger Einstellung des Gerätes und selbstständiger Befundung

Ist die Weiterbildung auf Grundlage einer älteren Fassung der WBO (vor 2003) absolviert worden, muss außerdem der Nachweis über eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der radiologischen Skelettdiagnostik, auf die eine bis zu 6-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen Skelettdiagnostik angerechnet werden kann, erbracht werden. Die fachliche Befähigung muss zusätzlich in einem Kolloquium vor der QS-Kommission Radiologie nachgewiesen werden.

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

- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV  
**und**
- Anzeigebestätigung vom Landesamt für Verbraucherschutz nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) oder Genehmigung § 12 Abs. 1 StrlSchG  
**und**
- Durchführung mittels einer zentralen DXA (Dual- Energy X-Ray Absorptiometrie)

Folgende Apparatur ist vorhanden:

- Gerät  
Gerätetyp: \_\_\_\_\_  
Hersteller: \_\_\_\_\_  
Am Standort der  Hauptbetriebsstätte /  Nebenbetriebsstätte-Nr.: \_\_\_\_\_
- Geräteeigentümer: \_\_\_\_\_  
 Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft mit konkreten Nutzungszeiten ist beigefügt

**(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

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

## Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Radiologie der KV Thüringen die apparative Ausstattung in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie" entspricht.

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 StrlSchG unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Von den derzeit gültigen Bestimmungen über die Durchführung radiologischer Untersuchungen habe ich Kenntnis genommen. Desgleichen von den Vorschriften über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

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 von Leistungen der Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) 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 Osteodensitometrie 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](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.