

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANLAGE 1** zum Antrag auf Genehmigung zur  
Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der  
vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V  
**QUALIFIKATION DES AUSBILDERS / ANLEITENDEN ARZTES**

Bitte füllen Sie diese Anlage zusätzlich zu den geforderten Zeugnissen und Zertifikaten aus.

**Persönliche Angaben des Antragstellers**

Titel, Name, Vorname: .....

LANR: .....  
(Lebenslange Arztnummer)

**Persönliche Angaben des Ausbilders / Anleitenden Arztes**

Titel, Name, Vorname: .....

Gebiets-, Teilgebiets-  
/ Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefonnummer: .....

**Für Krankenhausärzte**

Dienstbezeichnung: .....

Genau Bezeichnung  
der Abteilung: .....

**Qualifizierte Ausbilder im Sinne der derzeit geltenden Ultraschall-Vereinbarung sind gemäß § 8:**

- (a) Ärzte, die die Anforderungen an die fachliche Befähigung im jeweiligen Anwendungsbereich nach dieser Vereinbarung erfüllen.

oder

- (b) Ärzte, die nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im jeweiligen Anwendungsbereich befugt sind. Ist der Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen.

oder

- (c) Ärzte, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:
- eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt
  - die Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung für den jeweiligen Anwendungsbereich
  - eine mindestens 36-monatige eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich Ultraschalldiagnostik
  - die 10-fache Zahl der in Anlage 1 Spalte 4 der Vereinbarung geforderten Untersuchungszahlen.

**Erklärung des Ausbilders / Anleitenden Arztes**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich erfülle die fachliche Befähigung im beantragten Anwendungsbereich (**Abschnitt a**).

oder

- Ich bin im beantragten Anwendungsbereich nach Weiterbildungsordnung im **vollen** Umfang zur Weiterbildung befugt (**Abschnitt b**).

oder

- Ich bin im beantragten Anwendungsbereich nach Weiterbildungsordnung **teilweise** zur Weiterbildung befugt und erfülle die fachlichen Anforderungen gemäß der geltenden Ultraschallvereinbarung (**Abschnitt b**).

oder

- Ich erfülle die **unter Abschnitt c** genannten Voraussetzungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Ausbilders / anleitenden Arztes