

Kernspintomographische Leistungen der Mamma

Checkliste I *:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie

Facharzturkunde **Radiologie** einer Landesärztekammer

Erfüllung der Voraussetzungen für die allgemeine **Kernspintomographie** im Gebiet Diagnostische Radiologie (Checkliste Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie))

und

Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen für **Röntgenmammographie** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie (Checkliste Mammographie)

und

Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen für **Mammasonographie** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik (Checkliste Ultraschalldiagnostische Leistungen)

und

selbstständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens **200** Patienten mit mindestens **50%** histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung** eines zur Weiterbildung befugten Arztes

und

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Erfüllung der Anforderungen gemäß Abschnitt C § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Kernspintomographische Untersuchungen sowie vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Kernspintomographische Leistungen der Mamma

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)

* nur bei institutioneller Benennung

Gerätemeldung Kernspintomographie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des MRT-Gerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung, des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie den zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr:

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte