

Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie)

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 ASV-RL

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

Facharzturkunde **Diagnostische Radiologie** oder Facharzturkunde **Nuklearmedizin** oder Urkunde mit der Schwerpunktbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung **Kinderradiologie oder Neuroradiologie** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes von

Diagnostische Radiologie: 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken, Thoraxorgane)

Kinderradiologie: 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks

Neuroradiologie: 1000 Untersuchungen des Schädels und des Spinalkanals

Nuklearmedizin: 500 Untersuchungen

soweit die Kernspintomographie nicht in Weiterbildungsordnung enthalten ist, zusätzlich:

Nachweis einer mindestens **24monatigen ganztägigen Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine 12monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung** angerechnet werden.

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Anforderungen an die apparative Ausstattung

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 (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie)

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 _____

* 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