

Mammographie

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 kurativen Mammographie

Facharzturkunde **Radiologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** mit Zusatzbezeichnung **Röntgendiagnostik der Mamma**

und

Nachweis über die **Palpation und Inspektion der Mammae** unter Anleitung bei mindestens **500** Patientinnen

Nachweis über die **selbstständige Befundung der Mammographien** unter Anleitung in mindestens **500** Fällen

Nachweis über die **persönliche Einstellung des Strahlengangs** bei mindestens **100** Patientinnen

Nachweis über die **erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung** von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt C der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie bzw. einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä

und

Bescheinigung der Landesärztekammer Thüringen über die für den **Strahlenschutz** erforderliche **Fachkunde** nach § 47 StrlSchV

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B, § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie:

vom Hersteller oder vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

durch die zuständige Behörde ausgestellte Anzeigebestätigung nach § 4 Abs. 1 Röntgenverordnung (RöV) oder die Genehmigung nach § 3 Abs. 1 der RöV bzw. die Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) oder die Genehmigung nach § Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG einschließlich des aktuellen Prüfberichtes zur Sachverständigenprüfung

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung 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).

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Teilnahme an der Beurteilung von Mammographief Aufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt D der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie
- Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Abschnitt E der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie
- Aktualisierung der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde nach § 48 StrlSchV

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 _____

Gerätemeldung Mammographie

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

Standort des Mammographie-Gerätes:	_____

_____	_____
BSNR/NBSNR/IK:	

Gewährleistungserklärung

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

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

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

Hersteller:

Baujahr: Feldstärke: Tesla

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

Mammographie

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)