

# PET, PET/CT

## 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 diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstherapie mit Computertomographie

#### 1.1 für PET:

Facharzturkunde **Radiologie** einer Landesärztekammer, sofern die geltende Weiterbildungsordnung zur Erbringung der PET berechtigt

oder

Facharzturkunde **Nuklearmedizin** einer Landesärztekammer

und

selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens **1000** PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung\*\* innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigestellung. Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt „Nuklearmedizin“ befugt ist. Der anleitende Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung entsprechend § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erfüllen.

und

Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z. B. CT oder MRT). Diese Kenntnisse und Erfahrungen sind zu erwerben durch die Einordnung von mindestens **200** CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden.

\*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“.

## **1.2 für PET/CT:**

Zusätzlich ist nachzuweisen:

- Erfüllung der Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen der **Computertomographie** entsprechend der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Checkliste Computertomographie)

**oder**

- Kooperation mit einem Facharzt, welcher die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen der **Computertomographie** nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie erfüllt.  
Facharzt aus dem interdisziplinären Team: \_\_\_\_\_

### **Anforderungen an die apparative Ausstattung**

- Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung  $\leq 5,5$  mm und der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT bzw. kombiniertes PET/CT-Gerät
- Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)
- geeignete Notfallausrüstung, bestehend aus mindestens: Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage, Notfall-Arztkoffer
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

### **Laufende Anforderungen**

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung entsprechend § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT
- Dokumentationspflicht entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT
- Einhaltung der Anforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung entsprechend § 7 Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT

**Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL**

Weiterbildungsermächtigung

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# **PET, PET/CT**

## **Checkliste II\*:**

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### **gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL**

zugelassene Weiterbildungsstätte

**oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung

## Gerätemeldung PET, PET/CT

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

<b>Standort des PET-Systems:</b>	_____
	_____
<b>BSNR/NBSNR/IK:</b>	_____

### Gewährleistungserklärung

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

#### Ausrüstung PET-Gerät/Kombiniertes PET/CT-Gerät

- Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung  $\leq 5,5$  mm nach Angaben des Herstellers  
Angaben zur Auflösung: \_\_\_\_\_ mm
  
- Einsatz eines PET-Gerätes mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT (Leistungen der PET) bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes (Leistungen der PET/CT)
  
- Möglichkeiten zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)

Das verwendete Gerät erfüllt die apparativen Anforderungen gem. § 4 Abs. 1-3 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT.

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