

Ultraschalldiagnostische Leistungen

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 Ultraschalldiagnostik / Ultraschall-Vereinbarung

Facharzturkunde einer Landesärztekammer: Facharzt für _____

und

Erwerb der fachlichen Befähigung

nach der Weiterbildungsordnung:

Erwerb der erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für den angezeigten Anwendungsbereich nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung im Fachgebiet

selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I Spalte 3 unter Anleitung** eines nach § 8 Buchstabe b oder c Ultraschall-Vereinbarung in der Ultraschall-diagnostik qualifizierten Arztes

oder

in einer ständigen Tätigkeit:

mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst

selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I Spalte 4 unter Anleitung** eines nach § 8 Buchstabe b oder c Ultraschall-Vereinbarung in der Ultraschall-diagnostik qualifizierten Arztes

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

oder

durch Ultraschallkurse:

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an Ultraschallkursen, je Anwendungsbereich Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs. Für die Durchführung der Ultraschallkurse gelten die Anforderungen nach Anlage II sowie die Anforderungen nach § 6 Abs. 2 und 3 Ultraschall-Vereinbarung

*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“.

- selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I Spalte 4 unter Anleitung** eines nach § 8 Buchstabe b oder c Ultraschall-Vereinbarung in der Ultraschall-diagnostik qualifizierten Arztes
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Anforderungen an die apparative Ausstattung

- Vom Hersteller bzw. vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Geräte-meldebogen mit Bestätigung der Anforderungen der beantragten Anwendungsklassen
- ggf. Erklärung zur Apparatgemeinschaft
- Gewährleistung der Einhaltung der technischen Bildqualität

sofern belastungsechokardiographische Leistungen angezeigt sind:

- Kippliege-Ergometer wird vorgehalten

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Dokumentation entsprechend § 10 Ultraschall-Vereinbarung
- Bereitschaft zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der ärztlichen, schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu abgerechneten Ultraschalluntersuchungen entsprechend § 11 Ultraschall-Vereinbarung und Anlage V Ultraschall-Vereinbarung

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 (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Ultraschaldiagnostische Leistungen

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 über das verwendete Ultraschalldiagnostikgerät

Genauere Bezeichnung des Gerätes: _____

Baujahr: _____ Hersteller/Vertreiber: _____

Nutzer des Gerätes:	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Standort des Ultraschallgerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Vor der erstmaligen Inbetriebnahme des hier angegebenen Ultraschallsystems** wurden die Nutzer des Gerätes von einer gemäß § 9 Abs. 3 Ultraschall-Vereinbarung qualifizierten Person in die sachgerechte Handhabung, die Anwendung und den Betrieb eingewiesen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

*gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

**Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung in der Fassung vom 01.04.2021 ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinrichtung.

Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik

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

Für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme** eingesetzt:

Herstellerfirma:

(Adresse)

Geräte-Bezeichnung:

(Vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Nummer:

(Seriennummer)

Baujahr:

Auslieferungsdatum:

<input type="checkbox"/>	Das Ultraschallsystem erfüllt die allgemeinen Bestimmungen hinsichtlich der Gerätesicherheit, biologische Sicherheit und der technischen Leistungsfähigkeit entsprechend § 9 Abs. 1 (insb. Anlage III Punkt 1 und 2) der Ultraschall-Vereinbarung in der Fassung vom 01.04.2021.
--------------------------	--

Angaben zu den Schallköpfen:				Durch den Arzt zu bestätigen , welcher Schallkopf in der ASV genutzt wird
Schallkopf-Bezeichnung	Seriennummer des Schallkopfes	Scanmodus	Frequenz/-bereich	
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 iVm der Anlage III der Ultraschallvereinbarung:

Zutreffendes bitte ankreuzen

AK 1 GEHIRN

AK 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)

AK 2 AUGE

AK 2.1 Gesamtes Auge (A-Modus)

AK 2.2 Gesamtes Auge (B-Modus)

AK 2.3 Biometrie des Auges (A-Modus)

AK 2.4 Biometrie des Auges, automatische Laufzeitmessung (A-Modus)

AK 2.5 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (A-Modus)

AK 2.6 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (B-Modus)

AK 3 KOPF UND HALS

AK 3.1 Nasennebenhöhlen (A-Modus)

AK 3.2 Nasennebenhöhlen (B-Modus)

AK 3.3 Gesichteweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen (B-Modus)

AK 3.4 Schilddrüse (B-Modus)

AK 4 HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE / ECHOKARDIOGRAPHIE

AK 4.1 Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)

AK 4.2 Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)

AK 4.3 Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)

AK 4.4 Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)

AK 4.5 Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)

AK 4.6 Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)

AK 5 THORAXORGANE

AK 5.1 Thoraxorgane, transkutan (B-Modus)

AK 5.2 Thoraxorgane, transkavitär (B-Modus)

AK 6 BRUSTDRÜSE

AK 6.1 Brustdrüse (B-Modus)

AK 7 ABDOMEN, RETROPERITONEUM (EINSCHL. NIEREN)

AK 7.1 Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (B-

	Modus)	
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 8	URO-GENITALORGANE	
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 9	SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK	
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 10	BEWEGUNGSAPPARAT	
AK 10.1	Bewegungsapparat (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat, Säuglingshüfte (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 11	VENEN	
AK 11.1	Venen der Extremitäten (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 12	HAUT / SUBKUTIS	
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut, subkutanen Gewebe einschl. Lymphknoten (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 20	DOPPLER-VERFAHREN (CW-, PW-, DUPLEX-, FARBDUPLEX-MODUS)	
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle hirnersorgende Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
AK 21	DOPPLER - HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE	
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>

- AK 21.2 Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (CW-Doppler)
- AK 21.3 Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (PW-Doppler)
- AK 21.4 Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (PW-Doppler)
- AK 21.5 Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (CW-Doppler)
- AK 21.6 Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (PW-Doppler)
- AK 21.7 Herz und herznahe Gefäße, transkutan (Farbduplex)
- AK 21.8 Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (Farbduplex)

AK 22 DUPLEX-SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK

- AK 22.1 Fetales kardiovaskuläres System (Farbduplex)
- AK 22.2 Fetomaternales Gefäßsystem (Farbduplex)

AK 23 NERVEN UND MUSKELN

- AK 23.1 Nerven und Muskeln (B-Modus und ggf. Farbduplex)

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass der Hersteller in der Gebrauchsanweisung Angaben zu mindestens einem wirksamen und materialverträglichen Desinfektionsverfahren mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung zur Verfügung stellt. Der Nachweis der Wirksamkeit der anerkannten Methoden muss seitens des Herstellers durch ein Gutachten belegt sein und wird im Rahmen der Gewährleistungserklärung nachgewiesen.

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