

Antrag auf Genehmigung: Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 14 Abs. 3 Nr. 1d aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

Anwendungsbereiche gemäß Anlage 1 zur Ultraschallvereinbarung

Gehirn

- 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle, B-Modus

Auge

- 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges
- 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke

Kopf und Hals

- 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus
- 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse), B-Modus
- 3.3 Schilddrüse, B-Modus

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Herz und herznahe Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 4.1 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene transthorakal | <input type="checkbox"/> 4.2 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal |
| <input type="checkbox"/> 4.3 Echokardiographie Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal | <input type="checkbox"/> 4.4 Echokardiographie Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal |
| <input type="checkbox"/> 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene | <input type="checkbox"/> 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche |

Thorax

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan | <input type="checkbox"/> 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär |
|--|--|

Brustdrüse

- 6.1 Brustdrüse, B-Modus

Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 7.1 Abdomen und Retroperitoneum (Jugendliche, Erwachsene), B-Modus, transkutan | <input type="checkbox"/> 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum) |
| <input type="checkbox"/> 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm) | <input type="checkbox"/> 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan |

Uro-Genitalorgane

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan | <input type="checkbox"/> 8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär |
| <input type="checkbox"/> 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus | |

Schwangerschaftsdiagnostik

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus | <input type="checkbox"/> 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie |
| <input type="checkbox"/> 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus | Bitte ebenfalls den Antrag auf persönlichen Zugang zum geschützten Internetbereich der KVSH ausfüllen und beifügen! |

Bewegungsapparat

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus | <input type="checkbox"/> 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus |
|---|---|

Venen

- 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus

Haut und Subkutis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 12.1 Haut, B-Modus | <input type="checkbox"/> 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus |
|---|---|

Doppler-Gefäße

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> 20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> 20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männl. Genitalsystems |
| <input type="checkbox"/> 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte) |
| <input type="checkbox"/> 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte) | <input type="checkbox"/> 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte) |
| <input type="checkbox"/> 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte) | <input type="checkbox"/> 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße (sowie Mediastinum) (nicht für hausärztlich tätige Ärzte) |
| <input type="checkbox"/> 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems | |

Doppler – Herz und herznahe Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal | <input type="checkbox"/> 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal |
|---|--|

21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex),
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche,
transthorakal

21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex)
Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder,
Jugendliche, transoesophageal

Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System

22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem

Doppler-Nerven und Muskeln

23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

Erwerb der fachlichen Befähigung im Rahmen

- der Weiterbildungsordnung (§ 4)
 - Zeugnisse über die selbständig unter Anleitung durchgeführten Untersuchungen (Anzahl s. Anlage I Spalte 3)
 - Facharztbezeichnung: _____
 - ggf. Schwerpunktbezeichnung: _____
- einer ständigen Tätigkeit (§ 5)
 - Zeugnisse über eine mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst
 - Zeugnisse über die selbständig unter Anleitung durchgeführten Untersuchungen (Anzahl s. Anlage I Spalte 4)
- der Teilnahme durch Ultraschallkurse (§ 6 ggf. mit § 7)
 - Zeugnisse über die selbständig unter Anleitung durchgeführten Untersuchungen (Anzahl s. Anlage I Spalte 4)
 - Einzelheiten zum Ablauf der Ultraschallkurse entnehmen Sie bitte den vorgenannten Paragraphen

Apparative Ausstattung

Angaben zur Gerätesicherheit und technischen Leistungsfähigkeit sind der Anlage III zu entnehmen.

Gerät ist der KVSH bereits mit den oben genannten Anwendungsbereichen gemeldet:

Gerätebezeichnung: _____

Gerätenummer: _____

Hersteller: _____

Gerät ist der KVSH **nicht** gemeldet: Anlage „Nachweis der apparativen Ausstattungen“ -bitte beifügen-

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen an die apparative Ausstattung dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen wird die KVSH zeitnah informiert.
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III entsprechen.
- bei Durchführung und Abrechnung der Ultraschalldiagnostik als extrabudgetäre Leistung gemäß § 115b SGB V eine gesonderte Genehmigung zum Ambulanten Operieren (Antrag zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) vorliegen muss.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person