

**Antrag auf Genehmigung:
MR-Angiographie (QS-Vereinbarung zur MR-Angiographie)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztauszug)

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.
- Alle Änderungen der organisatorischen bzw. apparativen Voraussetzungen sind der KVSH anzuzeigen.
- 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 § 3 Abs. 1 Nr. 4 und § 8 Abs. 2 Nr. 2 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 Arztregisters, 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. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Facharztbezeichnung Radiologie
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahren vor Antragstellung. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight (TOF-),

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

und/oder der Phasenkontrast- (PC-) und zu mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten (CE-)Technik erstellt worden sein

Hinweis: Ausnahmsweise können Angiographien auch ohne Anleitung anerkannt werden, die im Rahmen einer Facharztstätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden.

- Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.
- in Anlage 1 aufgeführten apparativen Anforderungen erfüllt werden. Dies gilt ggf. auch für die speziellen Anforderungen bei kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik.
- notwendige geeignete Notfallausrüstung vorgehalten wird (§ 4 Abs. 2).
- Anforderungen an die organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden (§ 5).

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