

Antrag auf Genehmigung:

Diagnostische Radiologie (QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

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 § 16 Abs. 2 aufgeführt.
- Zur Notwendigkeit von Kolloquien bitte § 17 beachten.

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

Leistungen

I Diagnostische Radiologie

a Gesamte Röntgendiagnostik

b Teilbereiche der diagnostischen Radiologie

Thoraxorgane

Extremitäten

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schädel | <input type="checkbox"/> Harntrakt und/oder Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> gesamtes Skelett | <input type="checkbox"/> Verdauungstrakt und/oder Gallenwege |
| <input type="checkbox"/> spezielles Organsystem: _____ | |
| (z. B. Zähne/Kiefer/Gesicht; Wirbelsäule; bildwandlergestützte Interventionen) | _____ |

c nur Durchleuchtungen

II Computertomographie

- Ganzkörper (einschließlich Kopf und Spinalkanal) nur Kopf (einschließlich Spinalkanal)

III Knochendichtemessung

- mittels DXA

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Erforderliche Fachkunde gemäß § 47 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
- und
- Facharztbezeichnung für Radiologie
oder
 - Zeugnisse gemäß § 16 Abs. 1 oder 2

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur (MEKUN) des Landes Schleswig-Holstein
- und
- Prüfbericht der Sachverständigenprüfung
oder
- bei Nutzung in einer Apparategemeinschaft: Erklärung Apparategemeinschaft
oder
- bei Einstieg in eine bestehende Praxis (Gerät ist der KVSH bereits gemeldet).

Standort des Gerätes: _____

Name der Praxis: _____

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- wesentliche Veränderungen an der zugelassenen Röntgeneinrichtung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich der KVSH mitgeteilt werden.
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen der Vereinbarung entsprechen.
- lediglich die Leistungen beantragt werden, die für die angezeigte Apparatur nach dem Sachverständigenprüfgutachten zugelassen sind.
- (sofern geplant) für die Mammographie ein gesonderter Antrag gestellt wird.
- bei Durchführung und Abrechnung der diagnostischen Radiologie 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