

Antrag auf Genehmigung: Zur 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

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt 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.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

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

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

Kopf und Hals

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus | <input type="checkbox"/> 3.3 Schilddrüse, B-Modus |
| <input type="checkbox"/> 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüse), B-Modus | |

Herz und herznahe Gefäße (nicht für hausärztlich tätige Ärzte)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 4.1 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene transthorakal | <input type="checkbox"/> 4.4 Echokardiographie Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal |
| <input type="checkbox"/> 4.2 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene transoesophageal | <input type="checkbox"/> 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene |
| <input type="checkbox"/> 4.3 Echokardiographie Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal | <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"/> 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm) |
| <input type="checkbox"/> 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum) | <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"/> 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus |
| <input type="checkbox"/> 8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär | |

Schwangerschaftsdiagnostik

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus | <input type="checkbox"/> 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus |
| <input type="checkbox"/> 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie | |

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

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"/> 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal |
| <input type="checkbox"/> 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal | <input type="checkbox"/> 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal |

Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System | <input type="checkbox"/> 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

- Es wird versichert, dass die in der Ultraschall-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen an die apparative Ausstattung dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen werde ich die KVSH unverzüglich informieren.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III entsprechen.

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