

**Antrag auf Genehmigung:
Strahlentherapie (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 Arzterzeugnis)

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.

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 Arzregisters, 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

- als Strahlentherapeut gesamtes Fachgebiet
- Andere Fachärzte:
 - Brachytherapie/Nahbestrahlung
 - Stereotaktische Radiochirurgie (SRS)
 - Orthovolttherapie
 - Weichstrahltherapie

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

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Fachkundebescheinigung nach § 47 der Strahlenschutzverordnung
und
- Facharzt für Strahlentherapie
oder
- ohne Facharztbezeichnung Strahlentherapie:
Entsprechende Zeugnisse und Durchführung eines Kolloquiums gemäß § 17

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. 3 StrlSchG
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV
- ggf. für SRS: Herstellererklärung, dass die Voraussetzung nach § 12 Abs. 3 erfüllt sind

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- wesentliche Veränderungen am Bestrahlungsgerät sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich der KVSH mitgeteilt werden (§ 14 Abs. 3).
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen Anforderungen in der Einrichtung zu überprüfen (§ 14 Abs. 4).

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