



## Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von bildwandlergestützten oder CT-gesteuerten Intervention

**Hinweis:** Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.  
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

### Die Antragstellung erfolgt für:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: \_\_\_\_\_

### Organisatorische Anforderungen

Für die Ausführung und Abrechnung von bildwandlergestützten Interventionen oder CT-gesteuerten Interventionen werden besondere Anforderungen an die räumliche Ausstattung gestellt.

Sofern die Interventionen in eigenen Räumlichkeiten ausgeführt werden, reichen Sie bitte die Erklärung zum ambulanten Operieren (Seite 2) ein. Sofern diese in anderen Räumlichkeiten ausgeführt werden, reichen Sie bitte die Bestätigung des OP-Betreibers (Seite 3) ein.

### Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchung in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) in der aktuell gültigen Fassung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

**Erklärung**  
**gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren bei computertomographischen oder radiologischen Untersuchungen**

**Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:**

- CT-gesteuerte Interventionen
- bildwandlergestützte Interventionen

Hiermit erkläre ich, dass die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- räumliche Ausstattung,
- die apparativ-technischen Voraussetzungen,
- das Instrumentarium und die Geräte sowie
- die Arzneimittel

von mir für die o.g. Untersuchung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativ-technischen Anforderungen an die Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob die Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 01. Dezember 2011 (in der aktuell gültigen Fassung).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angestellter

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

## **Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_  
unsere OP-Raum-Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur  
Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und  
hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen  
nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des OP-Betreibers