

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der radiologischen Diagnostik

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Voraussetzungen

Als Facharzt für Radiologie werden folgende Anwendungsbereiche beantragt:

- Gesamte konventionelle Röntgendiagnostik

Als Facharzt für _____

werden folgende Leistungen beantragt:

- gesamtes Skelett ohne Schädel und Schädelteilaufnahmen
- Zähne und Panoramaschichtaufnahmen des Ober- und / oder Unterkiefers
- Thoraxorgane
- Extremitäten
- Abdomen (Verdauungstrakt und / oder Gallenwege)
- Harntrakt und / oder Geschlechtsorgane
- Durchleuchtungen
- Schädel einschl. Schädelteilaufnahmen

Bitte beachten Sie, dass die Erklärung gemäß 115b SGB V ambulantes Operieren sowie die Bestätigung des OP-Betreibers bei folgenden Leistungen mit eingereicht werden muss.

(am Ende des Antrags)

- Phlebographien
- Embolisations- und Sklerosierungsbehandlungen von Varikozelen (einschließlich Kontrastdarstellungen)
- Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule
- Angiokardiographie (bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

Qualifikationsnachweise

Als Facharzt für Radiologie liegen diesem Antrag folgende Qualifikationsnachweise bei:

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung
- Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)
Alternativ: Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 StrlSchG

oder

Als Facharzt für _____ liegen diesem Antrag folgende Qualifikationsnachweise bei:

- Facharzturkunde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der radiologischen Diagnostik
- Urkunde über Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik – fachgebunden“ bei Teilradiologen, die Ihre Facharztanerkennung gemäß Weiterbildungsordnung ab dem Jahr 2005 erworben haben
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung
- Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)
Alternativ: Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 StrlSchG
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass:
 - ➔ abhängig von den Weiterbildungsinhalten der Facharztausbildung eine Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich sein kann.
 - ➔ die Genehmigung / Anzeigebestätigung spätestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Beginn der Praxistätigkeit schriftlich bei der zuständigen Behörde zu beantragen / anzuzeigen ist.

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von radiologischen Untersuchungen wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet, der / die aktuell gültige/n Prüfbericht/e zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparategemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät / die Geräte sind Eigentum von _____

Weitere Anforderungen

Ich bestätige, dass ich

- gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
- dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden bzw. bestellt ist.
- die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5 jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die zuständigen Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg für diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin die Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß Absatz 2 Nr. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen.
- die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEEDDDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

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

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- Phlebographie
- Embolisations- und Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen (einschließlich Kontrastdarstellungen)
- Bildwandlergestützte Interventionen an der Wirbelsäule
- Angiokardiographie (bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

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 in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den 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 1. Dezember 2011 (in der jeweils gültigen Fassung)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift **Antragssteller**

Name in Druckbuchstaben

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn _____ 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