

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



## Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie im Rahmen der ASV – Hauttumoren

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 4: Hauttumoren. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.

Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

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

### Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

### Fachärzte für Radiologie

- Allgemeine Kernspintomographie (GOP 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460 EBM)

### Qualifikation

#### Ich bin Facharzt für

- Radiologie

### Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung eines Arztes, der zur Weiterbildung in diesem Bereich befugt ist, mit folgenden Untersuchungszahlen: 1.000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

## Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

### Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.)

KV-Reg.-Nr. \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist in der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Ein Gerätenachweis (siehe Seite 4) liegt dieser Anzeige bei.
- Das Gerät wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern unterschrieben bei.
- Das Gerät ist Eigentum von \_\_\_\_\_

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie, Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL, jeweils in der aktuell gültigen Fassung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied

## Gerätenachweis

(nur vom Hersteller auszufüllen)

### Angaben über die Kernspintomographie-Einrichtung

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung oder Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr:

Hersteller/Vertreiber:

Die Anlage wurde/wird am \_\_\_\_\_ installiert.

Doppel-Mammaspule

ja

nein

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie der KBV vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik

ja

nein

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Anlage I der Vereinbarung zur Durchführung von MR-Angiographien der KBV vom 01.07.2007, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

**Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift der Herstellers/Vertreibers)