

Praxisstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie**

**Hinweise:**

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

**Antragsteller**

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt     Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

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

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

## Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen

- Untersuchung des Ganzkörpers einschließlich Kopf und Spinalkanal
- Untersuchung des Kopfes und des Spinalkanals

**Bitte beachten Sie, dass die Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren sowie die Bestätigung des OP-Betreibers bei folgender Leistung mit eingereicht werden muss (Seiten 5 und 6 des Antrags).**

- CT- gesteuerte Intervention

## Qualifikationsnachweise

### Voraussetzungen

- Facharzturkunde
- Fachkunde im Strahlenschutz für die Computertomographie
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweils beantragten computertomographischen Diagnostik
- Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) oder Anzeigebestätigung nach § 19 StrlSchG, ausgestellt durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)

## Apparative Ausstattung

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.  
Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_  
Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_
- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht).

## Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich

1. 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.
2. dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden bzw. bestellt ist.

3. jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung) sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich anzeigen werde.
4. die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entspricht.

### **Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die KVH regelmäßig Überprüfungen gemäß der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ § 136 Abs. 2 SGB V durchführt.

### **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 Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen 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 Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

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

### **Rechtlicher Hintergrund**

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten 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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## 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 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift **Antragsteller**

---

Name in Druckbuchstaben

## Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren bei computertomographischen Untersuchungen

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- CT- gesteuerte Intervention

Hiermit erkläre ich, das 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 apparativtechnischen 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).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller**  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
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**

**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

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

**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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

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

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel