

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Nuklearmedizin

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

Nuklearmedizinische Diagnostik

gesamte nuklearmedizinische Diagnostik

Planare Szintigraphie

Schilddrüse

Herz

alle Organe

Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT)

Herz

Hirn

alle Organe

In-vitro-Diagnostik

Knochendichtemessung

Nuklearmedizinische Therapie

Radiojodbehandlung von Schilddrüsenerkrankungen

Radionuklidtherapie von Knochenmetastasen bzw. blutbildenden Organen

Radiosynoviorthese oder Behandlung von Geschwülsten und/oder Geschwulst-Metastasen

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin / Facharzt für Nuklearmedizin

Ich bin Fachärztin / Facharzt für

und habe eine entsprechende Weiterbildung im Bereich der nuklearmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie absolviert.

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag als Kopie beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Facharztanerkennung Nuklearmedizin
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der nuklearmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung
- Genehmigung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Amt für Arbeitsschutz) über den Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß Strahlenschutzgesetz
 - ist beigefügt
 - ist beantragt und wird nachgereicht
 - Die entsprechende Umgangsgenehmigung für die verwendeten Nuklide liegt vor. Ich werde **im Rahmen meiner Bestellung zum Strahlenschutzbeauftragten** mit dieser Umgangsgenehmigung tätig sein. Das entsprechende Schreiben vom Amt für Arbeitsschutz ist beigefügt.
 - als angestellter Arzt werde ich **nicht** als Strahlenschutzbeauftragter bestellt

Apparative Ausstattung

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.
Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): _____
Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.-Nr.: _____
Bitte fügen Sie dem Antrag den Nachweis über die letzte Prüfung des Gerätes durch die ärztliche Stelle bei (§ 13 Abs. 1 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie).
- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Den Bericht der Abnahmeprüfung durch den Hersteller füge ich diesem Antrag bei.
Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung die Prüfung durch die ärztliche Stelle noch nicht erfolgt ist, ist eine Kopie der Anmeldung des Gerätes bei der ärztlichen Stelle vorzulegen. Der Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die Ärztliche Stelle ist unverzüglich nach der Prüfung der KV Hamburg vorzulegen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann den aktuellen Bericht der Prüfung durch die Ärztliche Stelle regelmäßig anfordern. Dies gilt auch für Abnahmeprüfungen, die aufgrund einer wesentlichen Änderung des nuklearmedizinischen Systems durchgeführt werden.

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich

1. aufgrund § 85 des Strahlenschutzgesetzes Aufzeichnungen über die Anwendung von ionisierender Strahlung und radioaktiven Stoffen anfertigen 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 der Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen 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

**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