

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

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie im Rahmen der ASV – Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose. 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

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

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 der KV Hamburg noch nicht gemeldet.
Einen Gerätenachweis (siehe Seite 4) füge ich dieser Anzeige bei

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.

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)