

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 Computertomographie (CT) im Rahmen der ASV – ausgewählte seltene Lebererkrankungen

**Hinweise:**

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen. 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

- CT-Untersuchungen des Ganzkörpers einschließlich Kopf und Spinalkanals (GOP 34310, 34330, 34340, 34341, 34343, 34344, 34345 EBM)

## Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Radiologie

## Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung für den Anwendungsbereich „Computertomographie“ und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde im Strahlenschutz.

**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. \_\_\_\_\_

- Wenn das Gerät noch nicht bei der KV Hamburg gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:
- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
  - die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
  - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

### **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teammitglied