

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Nuklearmedizin

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

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

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

| |
|--|
| |
|--|

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

| |
|--|
| |
| |

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Fachrichtung

| |
|--|
| |
|--|

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

_____ Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

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

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für _____

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

- Ich bin Facharzt für Nuklearmedizin

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 Voraussetzungen

Folgende Qualifikationsnachweise liegen diesem Antrag bei:

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung.

Für zugelassene Ärzte:

- Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (Umgang mit radioaktiven Stoffen), ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz

Für angestellte Ärzte:

- Im Rahmen der Anstellung wird unser angestellter Arzt als Strahlenschutzbeauftragter bestellt. Eine angepasste Umgangsgenehmigung vom Amt für Arbeitsschutz
 - liegt diesem Antrag bei
 - wird nachgereicht
- Unser angestellter Arzt wird nicht als Strahlenschutzbeauftragter bestellt.

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von Leistungen der Nuklearmedizin wird folgende Apparatur verwendet:

| | |
|--------------------|--|
| Gerätebezeichnung: | |
| KV-Reg.-Nr.: | |
| Standort BSNR | |

| | |
|--------------------|--|
| Gerätebezeichnung: | |
| KV-Reg.-Nr.: | |
| Standort BSNR | |

| | |
|--------------------|--|
| Gerätebezeichnung: | |
| KV-Reg.-Nr.: | |
| Standort BSNR | |

| | |
|--------------------|--|
| Gerätebezeichnung: | |
| KV-Reg.-Nr.: | |
| Standort BSNR | |

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Der Bericht/ die Berichte zur Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV liegt / liegen dem Antrag bei. Aus dem Bericht/ den Berichten muss der aktuelle einwandfreie technische Zustand des Gerätes/ der Geräte und die Eignung des Gerätes/ der Geräte für die beantragte Leistung hervorgehen.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparategemeinschaft**: Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / NUTZERN unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät ist / die Geräte sind Eigentum von _____

Weitere Anforderungen

- Ich bestätige, dass ich
 - gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Aufnahmen nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
 - dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden ist.
 - die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.
 - mich damit einverstanden erkläre, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung der Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) in der aktuell gültigen Fassung

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt,

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem 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 ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung 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 auf unserer Homepage. 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 Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- 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
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

**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 |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

(Name des Anstellenden)

| | |
|--|--|
| Name, Vorname des Angestellten | Anstellungsdatum |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriften Bevollmächtigten. 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.

| |
|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/> |
|--|

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel