

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Gefäßdiagnostik)

### 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:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

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

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

### **Fachliche Qualifikation**

Ich bin Facharzt für \_\_\_\_\_

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

### **Qualifikationsnachweise**

#### **Voraussetzungen**

→ Zeugnisse / Bescheinigungen über die selbständigen unter Anleitung durchgeführten  
Ultraschalluntersuchungen nach Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung

oder

→ Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an einem vollständigen Kurssystem:  
Grundkurs – Aufbaukurs – Abschlusskurs

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen**

## Anwendungsbereiche (AB)

### B- Mode-Verfahren

#### Venen der Extremitäten

- Erwachsene - AB 11.1                       Kinder - AB 11.1

### CW-Doppler-Verfahren

#### Extrakranielle hirnversorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.1                       Kinder - AB 20.1

#### Extremitätender- und entsorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.2                       Kinder - AB 20.2

#### Gefäße des männlichen Genitalsystems

- Erwachsene - AB 20.4

### PW-Doppler-Verfahren

#### Intrakranielle hirnversorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.5                       Kinder - AB 20.5

#### Gefäße des männlichen Genitalsystems

- Erwachsene - AB 20.4

### Duplex-Verfahren

#### Extrakranielle hirnversorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.6                       Kinder - AB 20.6

#### Intrakranielle hirnversorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.7                       Kinder - AB 20.7

#### Extremitätenver- und entsorgende Gefäße

- Erwachsene - AB 20.8                       Kinder - AB 20.8

#### Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum

- Erwachsene - AB 20.10                       Kinder - AB 20.10

#### Nerven- und Muskelsonographie (einschl. Nervenkompressionssyndrom)

- Erwachsene - AB 23.1                       Kinder - AB 23.1

## Hinweise

Die Leistungen der vorgenannten Anwendungsbereiche können ausschl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Neurochirurgie und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie beantragen

Die Leistungen der vorgenannten Anwendungsbereiche können nur von Ärzten erbracht werden die an der **fachärztlichen** Versorgung teilnehmen.

Soll eine fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik in einem Anwendungsbereich an Patienten bestimmter Altersklassen (z.B. Kinder) nachgewiesen werden, muss aus dem Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei solchen Patienten durchgeführt wurde.

## Apparative Ausstattung

### Gerätenutzung in der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.)


- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

### Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

Adresse:	
Eigentümer des Gerätes:	

Eine von allen Teilnehmern unterschriebene Erklärung über die gemeinsame Gerätenutzung ist dem Antrag beizufügen.

### Gerätenutzung in einem ausgelagerten Praxisteil

- Der ausgelagerte Praxisteil und das genutzte Gerät sind der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.):


- Ich möchte das Gerät in einem ausgelagerten Praxisteil nutzen.  
(Zusätzlich ist das Antragsformular „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ auszufüllen)

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und apparativen Anforderungen in der Einrichtung überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung daraufhin zur Ultraschalldiagnostik entsprechen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)

## **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 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: DAAEEDDDXXX

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 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 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.

<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