

Ihre Bezirksdirektion
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung Ultraschall-Diagnostischer Leistungen

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeut, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeut:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeut, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, folgende ultraschalldiagnostische Leistungen gemäß der Ultraschall-Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Gehirn	
▪ 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Mode)	<input type="checkbox"/>
2. Augen	
▪ 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges	<input type="checkbox"/>
▪ 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	<input type="checkbox"/>
3. Kopf und Hals	
▪ 3.1 Nasennebenhöhlen (A-Mode)	<input type="checkbox"/>
▪ 3.1 Nasennebenhöhlen (B-Mode)	<input type="checkbox"/>
▪ 3.2 Gesichteweichteile und Weichteile des Halses– einschl. Speicheldrüsen–(B-Mode)	<input type="checkbox"/>
▪ 3.3 Schilddrüse (B-Mode)	<input type="checkbox"/>
4. Herz und herznahe Gefäße	
Echokardiographie (B-Mode-/M-Mode)	
▪ 4.1 Jugendliche, Erwachsene transthorakal	<input type="checkbox"/>
▪ 4.2 Jugendliche, Erwachsene transösophageal	<input type="checkbox"/>
▪ 4.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transthorakal	<input type="checkbox"/>
▪ 4.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transösophageal	<input type="checkbox"/>
Belastungsechokardiographie	
▪ 4.5 Jugendliche, Erwachsene	<input type="checkbox"/>
▪ 4.6 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	<input type="checkbox"/>
5. Thoraxorgane (B-Mode)	
▪ 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) transkutan	<input type="checkbox"/>
▪ 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz) transkavitär	<input type="checkbox"/>

6. Brustdrüse (B-Mode)	
▪ 6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/>
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) (B-Mode) (Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz, große Gefäße, Lymphknoten, Nieren, Nebennieren, Pankreas, Abschnitte des Magen-Darm-Traktes)	
▪ 7.1 Jugendliche, Erwachsene transkutan	<input type="checkbox"/>
▪ 7.2 Jugendliche, Erwachsene transkavitär (Rektum)	<input type="checkbox"/>
▪ 7.3 Jugendliche, Erwachsene transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/>
▪ 7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transkutan	<input type="checkbox"/>
8. Uro – Genitalorgane (B-Mode)	
▪ 8.1 Uro-Genitalorgane transkutan	<input type="checkbox"/>
▪ 8.2 Uro-Genitalorgane transkavitär	<input type="checkbox"/>
▪ 8.3 Weibliche Genitalorgane einschl. Endosonographie (Fakultativer Leistungsinhalt: transkavitäre Untersuchung)	<input type="checkbox"/>
9. Schwangerschaftsdiagnostik (B-Mode)	
▪ 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	<input type="checkbox"/>
▪ 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	<input type="checkbox"/>
▪ 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik	<input type="checkbox"/>
10. Bewegungsapparat (B-Mode)	
▪ 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte)	<input type="checkbox"/>
▪ 10.2 Säuglingshüfte	<input type="checkbox"/>
11. Venen (B-Mode)	
▪ 11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/>
12. Haut und Subkutis (B-Mode)	
▪ 12.1 Haut	<input type="checkbox"/>
▪ 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten	<input type="checkbox"/>

20. Doppler – Gefäße

- | | |
|---|--------------------------|
| ▪ 20.1 CW - Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.2 CW - Doppler - extremitätenver-/ entsorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.3 CW - Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.4 CW - Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.4 PW - Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.5 PW - Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.6 Duplex - extrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.7 Duplex - intrakranielle hirnversorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.8 Duplex - extremitätenver-/ entsorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.9 Duplex - extremitätenentsorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.10 Duplex - abdominelle und retroperit. Gefäße sowie Mediastinum | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 20.11 Duplex - Gefäße des weiblichen Genitalsystems | <input type="checkbox"/> |

21. Doppler – Echokardiographie Herz und herznahe Gefäße (einschließlich Duplex)

- | | |
|---|--------------------------|
| ▪ 21.1 Jugendliche, Erwachsene transthorakal | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 21.2 Jugendliche, Erwachsene transösophageal | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 21.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transthorakal | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 21.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transösophageal | <input type="checkbox"/> |

22. Doppler – Schwangerschaftsdiagnostik

- | | |
|---|--------------------------|
| ▪ 22.1 Duplex - Fetales kardiovaskuläres System | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 22.2 Duplex - Feto-maternales Gefäßsystem | <input type="checkbox"/> |

23. Nerven und Muskeln

- | | |
|--|--------------------------|
| ▪ 23.1 Duplex - Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

Fachliche Befähigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

§ 4 Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung Vorlage von:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharztbezeichnung
- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 4 Buchstabe b selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Untersuchungszahlen gem. Anlage I Spalte 3)

§ 5 Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit Vorlage von:

- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 5 Buchstabe a und b absolvierte ständige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und die selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Untersuchungszahlen gem. Anlage I Spalte 4)
- Kolloquium obligatorisch

§ 6 oder § 7 Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse oder durch eine computergestützte Fortbildung i.V. m. Ultraschallkursen Vorlage von:

- Zeugnisse von dem anleitenden Arzt über die nach § 6 Abs. 1 Buchstabe a selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen
- Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an den Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchstabe b.
- ggf. Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der computergestützten Fortbildung nach § 7 (Untersuchungszahlen gem. Anlage I Spalte 4)
- Kolloquium obligatorisch

Apparative Ausstattung

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Gewährleistungserklärung – Ultraschall-diagnostik“

ist dem Antrag als Anlage beigelegt.

wurde nachgewiesen durch

(Vor-, Nachname, Adresse)

und liegt der KV Baden-Württemberg bereits vor.

Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.

Bei Ultraschallsystemen, die länger als 24 Monate in Betrieb waren, muss zusätzlich ein Wartungsprotokoll (nicht älter als 12 Monate) vorgelegt werden. Alternativ kann eine bildbasierte Abnahmeprüfung erfolgen (§ 9 Abs 1).

Wartungsprotokoll ist beigelegt

Bilddokumentation ist beigelegt

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Ich verpflichte mich zur persönlichen Leistungserbringung, die Vereinbarung in der jeweiligen Form zu beachten, die erforderliche Dokumentation durchzuführen sowie auf Aufforderung die notwendigen Angaben und Unterlagen zur Qualitätskontrolle bei der zuständigen Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg vorzulegen.

Änderungen in der apparativen Ausstattung werde ich unverzüglich der zuständigen Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg mitteilen.

Mit der Überprüfung der in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme gemäß § 14 (5) o.g. Ultraschall-Vereinbarung bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich nur solche Ultraschall-Leistungen abrechnen kann, für die ich eine gültige Genehmigung besitze und für die ich eine entsprechende apparative Ausstattung nachgewiesen habe.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut