

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 2  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**KV** + KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Computertomographie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von computertomographischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

#### Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993, in der gültigen Fassung

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

Qualitätssicherung  
Team 2

Tel 069 24741-7300  
Fax 069 24741-68832  
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Tätigkeit

- Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_
- Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

## Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_



### Leistungsspektrum

- CT-Untersuchung des Neurocraniums (GOP 34310) -----
- CT-Untersuchung des Gesichtsschädels (GOP 34320) -----
- CT-Untersuchung der Schädelbasis (GOP 34321) -----
- CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand/des Fußes (GOP 34350) -----
- CT-Untersuchung der Hand / des Fußes (GOP 34351) -----
- CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule (GOP 34311) -----
- CT-Untersuchung der Halsweichteile (GOP 34322) -----
- CT-Untersuchung des Thorax (GOP 34330) -----
- CT-Untersuchung des Oberbauches (GOP 34340) -----
- CT-Untersuchung des gesamten Abdomens (GOP 34341) -----
- CT-Untersuchung des Beckens (GOP 34342) -----
- CT- gestützte Bestrahlungsplanung (GOP 34360) -----
- CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik (GOP 34504) -----
- CT-gesteuerte Intervention(en) (GOP 34505) -----

### Anforderungen an die apparative Ausstattung

Da die Abrechnung radiologischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z.B. Zweigpraxis, Belegarztstätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Geräte anzugeben.

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Computertomographen  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Computertomographen  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Computertomographen  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beizufügende Nachweise**

- Weiterbildungszeugnis / Genehmigung anderer KV -----
- Urkunde der Facharztanerkennung -----
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse -----

**Angaben über die CT-Einrichtung**

- Aktuelle(r) Sachverständigenbericht(e) ist/sind beigefügt -----
- Genehmigung oder Anzeigenbestätigung ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium -----

***Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.***

