

Bitte zurücksenden an !

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



## Nuklearmedizin

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von nuklearmedizinischen 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

Qualitätssicherung  
Team 2

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

*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.*

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

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

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

Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

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

### Diagnostische und therapeutische Leistungen (in-vivo-Diagnostik)

- Teilkörperszintigraphische Untersuchung (GOP 17310) -----
- Ganzkörperszintigraphische Untersuchung (GOP 17311) -----
- Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse (GOP 17320) -----
- Radiojod-Zweiphasentest (GOP 17321) -----
- Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung) (GOP 17330) -----
- Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels in Ruhe (GOP 17331) -----
- Nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung) (GOP 17332) -----
- Nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (GOP 17333) -----
- Nierenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung der seitengetrenten tubulären und/oder glomerulären Clearance (GOP 17340) -----
- Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 17340 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (Verabreichung von Diuretika, Lagewechsel) (GOP 17341) -----
- Nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung(en) (z.B. Bestimmung(en) der Eisenkinetik, Zellmarkierungen) (GOP 17350) -----
- Nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik (GOP 17351) -----
- Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 17310 oder 17311 für die szintigraphische Untersuchung der Extravasalphase im Rahmen einer Mehrphasenszintigraphie (GOP 17360) -----
- Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 17310 oder 17311 für die sequentielle Aufnahmetechnik (GOP 17361) -----
- Zuschlag für die Einkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) (GOP 17362) -----
- Zuschlag für die Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) (GOP 17363) -----
- Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen, einschl. der erforderlichen Kontrollmessungen (GOP 17370) -----
- Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen (GOP 17371) -----
- Radionuklidtherapie (GOP 17372) -----
- Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken (GOP 17373) -----

### Hinweis

Für die nuklearmedizinische **in-vitro-Diagnostik** ist neben der in-vivo-Diagnostik eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung **Spezial-Labor erforderlich**. Hierfür ist ein **gesonderter Antrag** zu stellen. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter: <https://www.kvhessen.de/genehmigung/labormedizin/>.

**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 Gerätes  
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

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

**Beizufügende Nachweise**

Weiterbildungszeugnis / Genehmigung anderer KV .....

Urkunde der Facharztanerkennung .....

Fachkunde im Strahlenschutz .....

Umgangsgenehmigung mit offenen radioaktiven Stoffen .....

**Angaben über die nuklearmedizinische Einrichtung**

Gewährleistungserklärung vom Hersteller .....

**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.**

