



Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner
Tel.: 069 79502-751 / -754
Fax: 069 79502-785

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Computertomographie

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

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Anschrift (Praxis / MVZ / Klinik) _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:

Vertragsärztliche Zulassung / Ermächtigung beantragt am _____
als Ärztin/Arzt für _____ voraussichtlicher Beginn am _____
Anschrift / Ort der geplanten Tätigkeit _____

Gemeinschaftspraxis (BAG)

Praxisgemeinschaft

MVZ

geplant mit _____

Anstellung in Praxis / MVZ / Klinik zur Teilnahme beantragt am _____
als Ärztin/Arzt für _____ voraussichtlicher Beginn am _____
Anschrift (Praxis / MVZ / Klinik) _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

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 (EBM-Ziffer 34310) -----
- CT-Untersuchung des Gesichtsschädels (EBM-Ziffer 34320) -----
- CT-Untersuchung der Schädelbasis (EBM-Ziffer 34321) -----
- CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand/des Fußes (EBM-Ziffer 34350) -----
- CT-Untersuchung der Hand / des Fußes (EBM-Ziffer 34351) -----
- CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule (EBM-Ziffer 34311) -----
- CT-Untersuchung der Halsweichteile (EBM-Ziffer 34322) -----
- CT-Untersuchung des Thorax (EBM-Ziffer 34330) -----
- CT-Untersuchung des Oberbauches (EBM-Ziffer 34340) -----
- CT-Untersuchung des gesamten Abdomens (EBM-Ziffer 34341) -----
- CT-Untersuchung des Beckens (EBM-Ziffer 34342) -----
-
- CT- gestützte Bestrahlungsplanung (EBM-Ziffer 34360) -----
-
- CT - gesteuerte Intervention (EBM-Ziffer 34502) -----
-
- Osteodensitometrie (Photonenabsorptions-Technik/pQCT) (EBM-Ziffer 34600) -----

Vorzulegende Nachweise

Weiterbildungszeugnisse -----

Welche Weiterbildungszeiten können nachgewiesen werden ?

Facharztanerkennung (Urkunde) -----

Fachkunde im Strahlenschutz (ggf. einschl. Aktualisierung) -----

Anzeigebestätigung des zuständigen Regierungspräsidiums -----

(Ärzte die eigenverantwortlich Röntgenstrahlen anwenden müssen ihre radiologische Tätigkeit anzeigen)

Angaben zur Einrichtung Computertomographie

Eigene Einrichtung: Standort BSNR / NBSNR _____

Apparategemeinschaft am Standort BSNR / NBSNR mit: -----

Apparateformular -----

Strahlenschutzprüfbericht(e) -----
(für die von Ihnen genutzte(n) Computertomographie-Einrichtungen)

Hinweis

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes