



(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

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

Radiologie

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

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____

Anschrift (Praxis/MVZ, Klinik/Institut) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

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

Vertragsärztliche Tätigkeit beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____

Anschrift/Ort der geplanten Tätigkeit _____

Art der vertragsärztlichen Tätigkeit: _____

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 Fachgebiete

➤ Chirurgie

- Übersichtsaufnahmen Schädel -----
- Schädelteilaufnahmen (ausgenommen NNH und Zähne) -----
- Aufnahmen Extremitäten -----
- Aufnahmen Körperstamm -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: _____
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen -----
- Kontrastuntersuchungen von Gelenken (Arthrographien) -----
- (Für diese Leistung wird ein Zeugnis mit Zahlen benötigt)**

➤ HNO

- Übersichts- und Teilaufnahmen des Schädels -----
- Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens -----

➤ Innere Medizin (Fachkunde internistische Röntgendiagnostik)

- Aufnahmen Extremitäten -----
- Aufnahmen Körperstamm -----
- Thoraxorgane einschl. Halsorgane -----
- Aufnahmen der Urogenitalorgane -----
- Verdauungstrakt -----
- Gallensystem -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: _____
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen -----

➤ Innere Medizin (TG Gastroenterologie)

- Gallensystem -----
- ERCP – zusätzlich Genehmigung für ambulante OP erforderlich -----

➤ Innere Medizin (Pneumologie)

- Nasennebenhöhlen -----
- Thoraxorgane einschl. Halsorgane -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: _____

➤ **Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie**

- Zähne, Kiefer -----
- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers -----
- Übersichtsaufnahmen des Schädel (Dentale Fernaufnahmen) -----
- Sialographie -----

➤ **Orthopädie / Arzt für Innere Medizin (TG Rheumatologie)**

- Übersichtsaufnahmen Schädel -----
- Schädelteilaufnahmen (ausgenommen NNH und Zähne) -----
- Aufnahmen Extremitäten -----
- Aufnahmen Körperstamm -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: _____
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen -----
- Kontrastuntersuchungen von Gelenken (Arthrographien) -----
- (Für diese Leistungen wird ein Zeugnis mit Zahlen benötigt)**

➤ **Urologie / Arzt für Innere Medizin (TG Nephrologie)**

- Aufnahmen der Urogenitalorgane -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: _____
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie -----
- (Für diese Leistung siehe NUB-Richtlinien)**

Fachgebietsüberschreitende Leistungen bitte unter Zusatzleistungen ankreuzen !

Für diese Leistungen sind detaillierte Nachweise gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, in der ab 1. Januar 2007 geltenden Fassung, zu führen.

Leistungsspektrum Radiologen / Zusatzleistungen

- Zähne, Kiefer -----
- Schädelübersichtsaufnahmen -----
- Schädelteilaufnahmen / Nasennebenhöhlen -----
- Aufnahmen der Extremitäten einschl. Schulter- und Hüftgelenk -----
- Aufnahmen Körperstamm -----
- Kontrastaufnahmen von Gelenken (Arthrographien) -----
- Thoraxorgane einschl. Halsorgane -----
- Nativaufnahmen des Bauchraumes -----
- Gallensystem -----
- Kontrastuntersuchung des Verdauungstraktes (Ösophagus, Magen-Darm) -----

- Kontrastuntersuchung des Harnapparates -----
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen, Fisteln -----
- Salpingographien -----
- Sialographie -----
- Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en) -----
- **zusätzlich Genehmigung für ambulante OP erforderlich** -
- Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes -----
- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen -----
- **zusätzlich Genehmigung für ambulante OP erforderlich** -
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: -----
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC -----
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent -----
- Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule -----

Knochendichtemessung

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) (Photonenabsorptionstechnik) an einem oder mehreren
Teilen des peripheren Skeletts und/ oder des Achsenskeletts (DXA) -----

Strahlentherapie

- Weichstrahl-, Orthovolt- oder Hochvolt (bis 1 MeV) -----
- Hochvolttherapie
- Telekobaltgerät -----
- Linearbeschleuniger -----
- Brachytherapie -----

Einzureichende Unterlagen

- Weiterbildung (Zeugnisse / Bescheinigungen)** -----
- Bitte fügen Sie die Unterlagen in einfacher Kopie dem Antrag bei !

- Genehmigung(en) anderer Kassenärztlicher Vereinigung** -----
- Bitte fügen Sie die Unterlagen in einfacher Kopie dem Antrag bei !

**Genehmigung der Qualitätssicherungsvereinbarung
nach § 115 b SGB V -----**

Seit dem 1. Oktober 2006 unterliegen folgende Leistungen der Ziffern **13430, 13431, 34294 und 34297 EBM** neben den entsprechenden „Qualitätssicherungsvereinbarungen“ zusätzlich auch der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V“. **In diesem Zusammenhang ist für die Ausführung und Abrechnung dieser vorgenannten Leistungen eine Erklärung über die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Vereinbarung erforderlich.**

Hinweis:

Die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ steht Ihnen auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de) in der Rubrik „Mitglieder“ unter den Punkten „Qualität & Genehmigungen“, „Qualitätssicherung & Genehmigungspflicht“ und „Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V“ zur Verfügung.

Facharztanerkennung (Urkunde) -----

Fachkunde im Strahlenschutz nach RöV der Ärztekammer -----

- Bitte fügen Sie die Unterlagen in einfacher Kopie dem Antrag bei !

Anzeigebestätigung des zuständigen Regierungspräsidiums -----

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

Angaben über die Röntgeneinrichtung

Eigene Apparatur: -----

Apparategemeinschaft mit: -----

Apparateformular ist beigelegt: -----

Strahlenschutzprüfbericht (e) -----

(Für die von Ihnen genutzten Röntgeneinrichtung(en))

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.
- Wir weisen darauf hin, dass es sich bei dem Bereich der Radiologie um eine betriebsstättenabhängige Genehmigung handelt und somit eine schriftliche Abrechnungsgenehmigung erst erstellt werden kann, wenn neben den Anforderung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, in der ab 1. Oktober 2009 geltenden Fassung, auch die erforderliche BSNR / NBSNR von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vergeben worden ist.

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