



Qualitätssicherung

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

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung ultraschalldiagnostischer 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 Tätigkeit / 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 _____

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 _____

Arzt für _____

Facharztanerkennung durch _____ am _____

Teilgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung _____

Anerkennung durch _____ am _____

Folgende Anwendungsbereiche (AB) werden beantragt:

Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)

1. Gehirn

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus) _____

2. Auge

2.1 Gesamte Diagnostik des Auges _____

2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke _____

3. Kopf und Hals

3.1 Nasennebenhöhlen (A-Modus) _____

3.1 Nasennebenhöhlen (B-Modus) _____

3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen) (B-Modus) _____

3.3 Schilddrüse (B-Modus) _____

4. Herz und herznahe Gefäße (B-/M-Modus)

Echokardiographie, Jugendliche und Erwachsene

4.1 transthorakal _____

4.2 transoesophageal _____

Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

4.3 transthorakal _____

4.4 transoesophageal _____

4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene _____

4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche _____

5. Thorax

5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) (B-Modus), transkutan _____

5.2 Thoraxorgane (ohne Herz) (B-Modus), transkavitär _____

6. Brustdrüse

6.1 Brustdrüse (B-Modus) _____

7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) (B-Modus)

- 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan _____
- 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum) _____
- 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm) _____
- 7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan _____

8. Uro-Genitalorgane

- 8.1 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkutan _____
- 8.2 Uro-Genitalorgane (B-Modus), transkavitär _____
- 8.3 Weibliche Genitalorgane (B-Modus) _____

9. Schwangerschaftsdiagnostik

- 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik (B-Modus) _____
- 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten (B-Modus) _____

10. Bewegungsapparat

- 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüften) (B-Modus) _____
- 10.2 Säuglingshüfte (B-Modus) _____

11. Venen

- 11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus) _____

12. Haut und Subkutis

- 12.1 Haut (B-Modus) _____
- 12.2 Subkutis und subkutane Lymphknoten (B-Modus) _____

Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)**20. Doppler – Gefäße**

- 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße _____
- 20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße _____
- 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße _____
- 20.4 CW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems _____
- 20.4 PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems _____
- 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße _____
- 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße _____
- 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße _____
- 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße _____
- 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße _____
- 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum _____
- 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems _____

21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße

- 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal _____
- 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal _____
- 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transthorakal _____
- 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transoesophageal _____

22. Doppler – SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK

- 22.1 Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System _____
- 22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem _____

QUALIFIKATIONSNACHWEIS

Entsprechend Abschnitt E der Ultraschall-Vereinbarung sind dem Antrag alle Zeugnisse gemäß § 14 Abs. 3 und/oder Kursbescheinigungen gemäß § 6 Abs. 1 b als Nachweis der fachlichen Qualifikation beizulegen, ebenso die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Facharztbezeichnung (Kopie genügt). **Sofern dies nicht der Fall ist, ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich.**

- Zeugnisse/Kursbescheinigungen **sind beigefügt.**
- Zeugnisse/Kursbescheinigungen **werden nachgereicht.**
- Facharzturkunde **ist beigefügt.**

ANGABEN ÜBER DIE EINRICHTUNG ZUR ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Der Fragebogen zur Bestätigung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller-/Lieferanten „Gewährleistungserklärung“ und die Bilddokumentation zur Abnahmeprüfung (siehe beiliegendes Hinweisblatt) sowie der Fragebogen „Allgemeine Angaben zur apparativen Ausstattung“

- ist beigefügt.
- wird nachgereicht.

Wir weisen darauf hin, dass gemäß § 3 der Ultraschall-Vereinbarung die **Ausführung** und **Abrechnung** von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte **erst nach Erteilung der Genehmigung zulässig ist.** Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen der fachlichen Befähigung gemäß Abschnitt B und der apparativen Ausstattung gemäß Abschnitt C und Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung erfüllt sind.

- Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich! -

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 habe zur Kenntnis genommen, dass ohne Vorlage von Zeugnissen, die über meine fachliche Qualifikation in der Ultraschalldiagnostik detailliert Auskunft geben, eine Bearbeitung meines Antrages nicht möglich ist und rückwirkende Genehmigungen nicht erteilt werden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen habe.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

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