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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
www.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.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

Tel _____ 7 _____ : _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

c Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

c Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

c Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

c Zu einem späteren Datum _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

Art der Tätigkeit[1]:

c Vertragsarzt/In c Einzelpraxis c MVZ c Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

c Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

c Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

c Instituts-Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

c Sicherstellungs-assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit [2]:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

1 Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

2 Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und /oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

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 seitengetrennten tubulären und/oder glomerulären Clearrance (GOP 17340) ---------- ☐

Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 17340 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (Verabreichnung 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, Belegarzttätigkeit, 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.

Erklärungen und Hinweise

- Ø Nach § 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnotik und -therapie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Ø Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderungen der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.

- Ø 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.
- Ø Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……	……..	……
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

……	…….	……..
Datum	Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes	Stempel

Formular drucken

Stand: September 2022