

Bitte zurücksenden an:

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

Kernspintomographie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Vereinbarung zur Kernspintomographie vom 10. Februar 1993, in der gültigen Fassung

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.

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 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

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 _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt/In Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

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

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

- MRT-Untersuchung des Neurocraniums (GOP 34410) -----
- MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule (GOP 34411) -----
- MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels (GOP 34420) -----
- MRT-Untersuchung der Schädelbasis (GOP 34421) -----
- MRT-Untersuchung der Halsweichteile (GOP 34422) -----
- MRT-Untersuchung des Thorax (GOP 34430) -----
- MRT-Untersuchung des Oberbauchs (GOP 34440) -----
- MRT-Untersuchung des Abdomens (GOP 34441) -----
- MRT-Untersuchung des Beckens (GOP 34442) -----
- MRT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand /des Fußes (GOP 34450) -----
- MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes (GOP 34451) -----
- MRT-Untersuchung der Mamma (GOP 34431) -----
- MRT - Bestrahlungsplanung (GOP 34460) -----

Genehmigungsvoraussetzungen Kernspintomographie der Mamma (GOP 34431)

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kurativen Mammographie -----
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Mammasonographie -----
- Selbstständige Durchführung und Befundung von 200 Patientinnen kernspintomographische Untersuchungen der Mamma mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung -----
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 4a der o.g. Vereinbarung -----

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 Kernspintomographen
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) _____

Standort _____

Bezeichnung des Kernspintomographen
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) _____

Standort _____

Bezeichnung des Kernspintomographen
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) _____

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

Beizufügende Nachweise

Zeugnisse -----

Urkunde der Facharztanerkennung -----

Angaben zur Kernspintomographie-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

- Nach § 2 der Vereinbarung zur Kernspintomographie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Kernspintomographie erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- 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.
- 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.
- 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 Antragstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

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

.....
Stempel