

Bitte zurücksenden an !

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



## Computertomographie-Koronarangiographie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen für die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertrags-ärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), 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  
Postfach 15 02 04 | 60062 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 \_\_\_\_\_



## Leistungsspektrum

CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL (34370) -----

### 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 Gerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beizufügende Nachweise

- Weiterbildungszeugnis / Genehmigung anderer KV -----
- Urkunde der Facharztanerkennung -----
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse -----

### Angaben über die Bestrahlungsgeräte

Aktuelle(r) Sachverständigenprüfbericht(e) ist/sind beigefügt -----

Genehmigung oder Anzeigebestätigung nach Strahlenschutzgesetz,  
ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium -----

**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 § 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV) Anlage I, Nummer 42 ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der MVV Anlage I, Nummer 42 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 Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

.....  
Datum

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

.....  
Stempel

Stand: Dezember 2024

Seite 5 von 5

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung