



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet.  
Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

☎ (030) 31003 – 561/ - 729  
☎ (030) 31003 – 50730  
✉ [QS-Team2-3@kvberlin.de](mailto:QS-Team2-3@kvberlin.de)

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik

gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom 31.10.2008  
in der derzeit gültigen Fassung

Antragsteller	Leistungserbringer
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG										
Name des Krankenhauses _____											

Facharztbezeichnung (ggf. Schwerpunktbezeichnung): _____	Leistungserbringer
<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt	
Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_



**Leistungsort und Ultraschallsystem**

Bei weiteren Leistungsorten und Ultraschallsystemen fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

**Betriebsstätte**

Adresse

Nebenbetriebsstätte 1

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Nebenbetriebsstätte 2

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt
- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Bitte beachten Sie, dass die Mitnutzung eines Ultraschallsystems ein vom Eigentümer gesondert ausgefülltes Formular >>Bestätigung über eine Apparategemeinschaft<< erfordert.

Adresse

Ultraschallsystem	Hersteller	Gerätetyp (genaue Bezeichnung)	Datum der Inbetriebnahme	Baujahr
Betriebsstätte				
Nebenbetriebsstätte 1				
Nebenbetriebsstätte 2				
Ausgelagerter Praxisraum/ Zweigpraxis				
Apparategemeinschaft				

Bei baugleichen Geräten bitte die Seriennummern angeben.



Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

#### **Fachliche Nachweise gemäß Abschnitt B der Ultraschall-Vereinbarung**

- Facharzturkunde
- ggf. Teilgebietsanerkennung/Schwerpunktbezeichnung, Fachkunde der Ärztekammer über Ultraschall-Leistungen u. ä.
- Einverständniserklärung für das Einholen von Informationen über die maßgebliche Weiterbildungsordnung bei der zuständigen Landesärztekammer
- Nachweis(e) für den/die begehrten Anwendungsbereiche/-klassen, inkl. der Mindestanforderung der Richtzahl/en gem. Anlage I (Facharztzeugnis und/oder Logbuch, Bescheinigungen und/oder Kursbescheinigungen)

#### **Apparative Nachweise gemäß Abschnitt C der Ultraschall-Vereinbarung**

- Nachweis über die Einweisung in die medizinische Handhabung des Gerätes/ der Geräte

##### Bei Inbetriebnahme des Gerätes vor weniger als 24 Monaten

- Gewährleistungserklärung des Herstellers

##### Bei Inbetriebnahme des Gerätes vor mehr als 24 Monaten

- Gewährleistungserklärung des Herstellers i. V. m. einem Wartungsprotokoll - nicht älter als 12 Monate, das eine messtechnische Funktionsprüfung beinhaltet und hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

oder

- Gewährleistungserklärung des Herstellers i. V. m. der Vorlage einer aktuellen Bilddokumentation je Schallkopf im B-Modus und/oder Duplex-Verfahren, nicht älter als 3 Monate (Untersuchungsdatum) für eine bildbasierte Abnahmeprüfung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gerätes.

##### Bei erstmaliger Inbetriebnahme von Endosonden

- Gewährleistungserklärung des Herstellers einschließlich der Bestätigung eines wirksamen Desinfektionsverfahrens



## Anwendungsbereiche (AB) und Anwendungsklassen (AK)

Unabhängig von der Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen der begehrten Ultraschall-Leistungen wählen Sie bitte die Anwendungsbereiche und -klassen aus, die zum Kern des Fachgebietes sowie zur haus- oder fachärztlichen Versorgung gehören.

### Gehirn

- AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle**  
 AK 1.1 Schädel durch die offene Fontanelle - B-Modus, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder

### Auge

- AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges**  
 AK 2.1 Auge, Augenhöhle - A-Modus  
 AK 2.2 Auge, Augenhöhle - B-Modus
- AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke**  
 AK 2.3 Biometrie des Auges - A-Modus  
 AK 2.4 Biometrie des Auges - A-Modus, automatische Laufzeitmessung  
 AK 2.5 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges - A-Modus  
 AK 2.6 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges - B-Modus

### Kopf und Hals

- AB 3.1 Nasennebenhöhlen**  
 AK 3.1 Nasennebenhöhlen - A-Modus  
 AK 3.2 Nasennebenhöhlen - B-Modus
- AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)**  
 AK 3.3 Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen - B-Modus
- AB 3.3 Schilddrüse**  
 AK 3.4 Schilddrüse - B-Modus

### Herz- und Herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

#### > Jugendliche und Erwachsene

- AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal**  
 AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung – B-Modus mit M-Modus, transkutan
- AB 4.2 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal**  
 AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung – B-Modus mit M-Modus, transoesophageal
- AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene**  
 AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung, B-Modus

### Herz- und Herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

#### > Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

- AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal**  
 AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche) – B-Modus mit M-Modus, transkutan  
 AK 4.2 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) B-Modus mit M-Modus, transkutan
- AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal**  
 AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche) - B-Modus mit M-Modus  
 AK 4.4 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) B-Modus mit M-Modus
- AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**  
 AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Jugendliche) - B-Modus  
 AK 4.6 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder) - B-Modus

Hinweis gemäß EBM zu AB 4.5 und 4.6:

Für die Abrechnungsgenehmigung der GOP 33030 ist zusätzlich der Nachweis eines Kippliege-Ergometers einzureichen.



### Thorax

- AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan**  
 AK 5.1 Thoraxorgane - B-Modus, transkutan
- AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär**  
 AK 5.2 Thoraxorgane - B-Modus, transkavitär

### Brustdrüse

- AB 6.1 Brustdrüse**  
 AK 6.1 Brustdrüse, ggf. regionale Lymphknoten - B-Modus

### Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)

#### > Jugendliche und Erwachsene

- AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan**  
 AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkutan
- AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)**  
 AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkavitär
- AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)**  
 AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren - B-Modus, transkavitär

Hinweis zum AB 7.1: Für die alleinige sonographische Untersuchung der Nieren ist die GOP 33043 anzusetzen. Die Ultraschall-Abrechnungsgenehmigung über AB 7.1 beinhaltet die Abrechnungsmöglichkeit für die GOP 01748 (Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen) für Hausärzte, Urologen, Internisten mit/ohne Schwerpunkt, Chirurgen und Radiologen, GOP 01747 (Beratung Bauchaortenaneurysmen) setzt keine Ultraschall-Abrechnungsgenehmigung voraus.

#### > Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

- AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan**  
 AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Jugendliche) - B-Modus, transkutan  
 AK 7.2 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Neugeb., Säugl., Kleinkinder, Kinder) - B-Modus, transkutan

### Uro-Genitalorgane

- AB 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan**  
 AK 8.1 Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum) - B-Modus, transkutan  
 AK 8.2 sonstige Uro-Genitalorgane - B-Modus, transkutan
- AB 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär**  
 AK 8.3 Uro-Genitalorgane - B-Modus, transkavitär

#### > Weibliche Genitalorgane

- AB 8.3 Weibliche Genitalorgane**  
 AK 8.4 Weibliche Genitalorgane - B-Modus, transkutan  
 AK 8.5 Weibliche Genitalorgane - B-Modus, transkavitär

### Schwangerschaftsdiagnostik

- AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik**  
 AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkutan  
 AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkavitär
- AB 9.1 a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie**  
 AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkutan  
 AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkavitär
- AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten**  
 AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkutan  
 AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik - B-Modus, transkavitär

Hinweis zum AB 9.1.a: Für die Erfüllung der Anforderungen ist der Nachweis gemäß Anlage VI der Ultraschall-Vereinbarung zu erbringen.



### Bewegungsapparat

#### AB 10.1 Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte)

- AK 10.1 Gelenke und/oder umschriebene Strukturen des Bewegungsapparates – B-Modus

#### AB 10.2 Säuglingshüfte

- AK 10.2 Hüftscreening - B-Modus **und/oder**  
 AK 10.2 Säuglingshüfte - B-Modus

### Venen

#### AB 11.1 Venen der Extremitäten

- AK 11.1 Venen der Extremitäten - B-Modus

### Haut und Subkutis

#### AB 12.1 Haut und AB 12.2 Subkutis und subkutane Lymphknoten

- AK 12.1 Haut - B-Modus und AK 12.2 Subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten - B-Modus

**Hinweis gemäß EBM:** Eine Abrechnungsgenehmigung kann für den AB 12.2 nur erteilt werden, wenn die erforderlichen fachlichen und apparativen Nachweise auch für den AB 12.1 nachgewiesen sind.

- Periphere Nerven** - B-Modus

**Hinweis gemäß EBM:** Die GOP 33081 bildet keinen eigenen Anwendungsbereich. Zur Erlangung der Genehmigung ist die Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzung für einen anderen Anwendungsbereich im B-Modus zu erbringen; dieser fachliche Nachweis erfolgt über ein Duplex-Verfahren.

### Doppler - Gefäße (PW - Doppler und Duplex-Verfahren - ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

#### AB 20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße

- AK 20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, CW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen

#### AB 20.2 CW-Doppler - extremitätenver- / entsorgende Gefäße

- AK 20.2 Extremitätenver- und/oder entsorgende Gefäße, CW-Doppler

#### AB 20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße

- AK 20.2 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, CW-Doppler

#### AB 20.4 CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems

- AK 20.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems, CW-Doppler  
 AK 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems, PW-Doppler

#### AB 20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße

- AK 20.5 Intrakranielle Gefäße, PW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen

#### AB 20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße

- AK 20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

**Hinweis gemäß EBM zum AB 20.6:** Die Abrechnungsgenehmigung für den AB 20.6 kann nur erteilt werden, wenn die erforderlichen fachlichen und apparativen Nachweise auch für den AB 20.1 (CW Doppler) vorliegen.

#### AB 20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße

- AK 20.7 Intrakranielle Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

#### AB 20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße

- AK 20.8 Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

#### AB 20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße

- AK 20.8 Extremitätenentsorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

#### AB 20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum

- AK 20.9 Abdominelle und/oder retroperitoneale Gefäße oder Mediastinum, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung



## Doppler - Gefäße

### > Gefäße des weiblichen Genitalsystems

#### AB 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems

- AK 20.10 Gefäße des weiblichen Genitalsystems, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

## Doppler - Herz und herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

### > Jugendliche und Erwachsene

#### AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal

- AK 21.1 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transkutan  
 AK 21.3 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transkutan  
 AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung der Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transkutan

#### AB 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal

- AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal  
 AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal  
 AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transoesophageal

## Doppler - Herz und herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

### > Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

#### AB 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal

- AK 21.1 Doppler-Echokardiographie (Jugendliche), CW-Doppler, transkutan  
 AK 21.2 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), CW-Doppler, transkutan  
 AK 21.3 Doppler-Echokardiographie (nur Jugendliche), PW-Doppler, transkutan  
 AK 21.4 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), PW-Doppler, transkutan  
 AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transkutan

#### AB 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal

- AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal  
 AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal  
 AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transoesophageal

## Doppler - Schwangerschaftsdiagnostik

#### AB 22.1 Duplex-Verfahren - Fetales kardiovaskuläres System

- AK 22.1 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems gemäß Anlage 1 d der Mutterschafts-Richtlinien, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit u. Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung

#### AB 22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternalen Gefäßsystem

- AK 22.2 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Feten durch die in Anlage 1 d der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung

### Hinweis:

Ärzte, die nicht über die Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ verfügen und Ultraschalluntersuchungen des feto-maternalen Gefäßsystems (AB 22.2) oder des fetalen kardiovaskulären Systems (AB 22.1) mit dem Duplex-Verfahren ausführen und abrechnen wollen, müssen ihre fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen.



## Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

➤ **Abschnitt D der Ultraschall-Vereinbarung**

u. a. Pflichten zur ärztliche Dokumentation, Stichprobenprüfungen

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen in der Ultraschall-diagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)



## Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bzw. die in ihrem Auftrag tätige Sonographie-Kommission die im Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen gemäß Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung entsprechen, wird erklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller  
(sofern abweichend vom Antragsteller)