






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 – 284
 (030) 31003 – 50730
 QS-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Osteodensitometrie

gemäß der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
zur Strahlendiagnostik und -therapie“

Antragsteller	Leistungserbringer
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	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										

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 _____



Leistung

- Osteodensitometrische Untersuchung (GOP 34600, 34601 EBM)

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der Osteodensitometrie zu erbringen?

- ja (Kopie des Bescheides ist beigefügt)

- Das Einverständnis, dass die KV Berlin Informationen von der KV _____
einholen darf, wird erklärt. Bitte KV-Bereich eintragen

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

Fachliche Nachweise gemäß § 8 i.V. mit § 17 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

- Facharzturkunde

- Das Einverständnis für das Einholen von Informationen über die maßgebliche Weiterbildungsordnung bei der zuständigen Landesärztekammer wird erklärt.



Fachliche Nachweise gemäß § 8 i.V. mit § 17 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie

- Nachweis (Zeugnis) über die selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbstständiger Einstellung des Gerätes und selbstständiger Befundung
- Urkunde der Ärztekammer der erforderlichen Strahlenschutz-Fachkunde gem. RöV (alt)/ StrlSchV (neu)
- Bescheinigung der erforderlichen Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutz-Fachkunde gem. RöV (alt) / StrlSchV (neu)

Ärzte, die ihre Weiterbildung auf Grundlage einer älteren Fassung der WBO (vor 2003) absolviert haben, müssen außerdem den Nachweis über eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der radiologischen Skelettdiagnostik, auf die eine bis zu 6-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen Skelettdiagnostik angerechnet werden kann, erbringen. Die fachliche Befähigung muss zusätzlich in einem Kolloquium vor der QS-Kommission Radiologie nachgewiesen werden.

Apparative Nachweise gemäß § 11 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

Folgende radiologische Einrichtung zur Osteodensitometrie sind vorhanden bzw. geplant:

Gerätetyp: _____
Hersteller: _____

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr. _____

Geräteeigentümer: _____

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft mit konkreten Nutzungszeiten ist beigefügt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)

Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung (nicht älter als 5 Jahre)

und

Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde (LAGetSi) nach StrlSchG **oder**

Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde (LAGetSi) **und**

Kopie der Meldung der Röntgeneinrichtung bei der Ärztlichen Stelle Röntgen **und**

Es wird bestätigt, dass eine Untersagung der Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung durch die Behörde bisher nicht erfolgte.



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von osteodensitometrischen Leistungen 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 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 QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. 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 zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 4 QS-Vereinbarung Strahlendiagnostik- und therapie.**

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller