

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 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-562
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Osteodensitometrie

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

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

| | |
|--|---|
| Betriebsstättennummer (BSNR) | <input type="text"/> |
| Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG |
| | _____ |
| | Name des Krankenhauses |

| | |
|--|-------------------------------|
| Genehmigung beantragt zum | _____ |
| | Datum |
| Zulassungsbeschluss der Sitzung vom | _____ |
| | Sitzungsdatum, sofern bekannt |

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 34600, 34601 EBM - Osteodensitometrische Untersuchung

Leistungsort

- Betriebsstätte
 Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft
 Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
 Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft 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 nuklear-medizinischen 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 Apparatgemeinschaft mit konkreten Nutzungszeiten ist beigefügt
(Bitte Formular „Apparatgemeinschaft“ 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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben 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