

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/359968

A N T R A G
zur Ausführung und Abrechnung von
kernspintomographischen Untersuchungen
Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name

geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)

Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang - Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende kernspintomographische Leistungen in der

Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten-Nr.

PLZ Ort, Straße, Hausnummer

EBM GOP

Neurocranium und Wirbelsäule

- 34410 Neurocranium
- 34411 Teile der Wirbelsäule

Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

- 34420 Gesichtsschädel
- 34421 Schädelbasis
- 34422 Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7

Thorax

- 34430 Thorax

Abdomen, Retroperitoneum, Becken

- 34440 Oberbauch
- 34441 Gesamt Abdomen
- 34442 Becken

Extremitäten, angrenzende Gelenke

- 34450 Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach Nr. 31351 abzurechnenden Extremitätenteile
- 34451 Hand, Fuß und/oder deren Teile

Zuschlag

- 34452 Zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindesten 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmittelinbringung(en)

Bestrahlungsplanung MRT

- 34460 MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

Ich bin zum Führen folgender Facharztbezeichnung berechtigt:

- Diagnostische Radiologie
- Kinderradiologie
- Neuroradiologie
- Nuklearmedizin

und

- habe 1000 Kernspintomographien (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe zusätzlich 200 Kernspintomographien bei Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe zusätzlich 1000 Kernspintomographien des Schädels und Spinalkanals unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe 500 Kernspintomographien unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Allgemeines

- Kernspintomographische Untersuchungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, ab dem hierfür die erforderliche Genehmigung erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Nach § 6 Abs. 5 der Kernspintomographie-Vereinbarung setzt die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung Kernspintomographien das Einverständnis des Antragstellers zur Durchführung einer Überprüfung seiner in Betrieb befindlichen Einrichtung voraus.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender
Vertragsarzt, MVZ, Institut)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift/Stempel MVZ, Institut

Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes