

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

www.kv-rlp.de/936761

A N T R A G

zur Ausführung und Abrechnung von Knochendichtemessungen mittels DXA

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 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 Leistungen in der

Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten-Nr.

Ort, Straße, Hausnummer

EBM GOP

- 34600 **Osteodensitometrische Untersuchung I** am Schenkelhals und/oder an der LWS mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht.
- 34601 **Osteodensitometrische Untersuchung II** am Schenkelhals und/oder an der LWS mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht.

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Knochendichtemessungen mittels DXA 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

Qualifikation

- Erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), sowie ggf. einem Aktualisierungskurs, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde.

und

- selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines nach dieser Vereinbarung in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbständiger Einstellung des Gerätes und selbständiger Befundung.

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

IV. Allgemeines

- Knochendichtemessungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Knochendichtemessungen nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Nach § 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie dürfen Genehmigungen für die Ausführung und Abrechnung von Knochendichtemessungen nur erteilt werden, wenn der Antragsteller sein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung seiner in Betrieb befindlichen Einrichtung mit den Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie durch die von der KV RLP beauftragten Kommission erklärt.

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