

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/425771](http://www.kv-rlp.de/425771)

## A N T R A G

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit

(Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung – Anlage 1 Nr.42)

#### 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

Ich beantrage folgende Leistungsbereiche in der Computertomographie-Koronarangiographie

Betriebsstätten-/ Nebenbetriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_

Ort, Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

- GOP 34370 EBM CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie  
Methoden vertragsärztliche Versorgung

## III. Fachliche Anforderungen zur Qualifikation

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) 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 bestätige

- die selbstständige Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und selbstständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen. Die Untersuchungen müssen vor Inkrafttreten des Beschlusses vom 27. April 2024 durchgeführt worden sein.

**oder**

- die Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen, jeweils unter Anleitung einer bereits erfahrenen Anwenderin oder eines bereits erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung.
- Ich habe die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 47 Strahlenschutzverordnung, die sich nicht nur auf die Notfalldiagnostik bezieht, erworben, sowie ggf. einen Aktualisierungskurs durchgeführt, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde.

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

## IV. Apparative Voraussetzungen

Der Sachverständigenprüfbericht nach der Strahlenschutzverordnung

- ist beigelegt, Prüfbericht-Nr.: \_\_\_\_\_

- liegt der KV RLP bereits vor, Prüfbericht-Nr.: \_\_\_\_\_

- wird nachgereicht.

**Hinweis:** Die Durchführung der Leistung darf nur mit folgenden Computertomographen erfolgen:  
Die eingesetzten Computertomographen haben **mindestens 64 Detektorzeilen**.

Ich bestätige, über die geforderte apparative Ausstattung zu verfügen.

## V. Allgemeines

- Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde.
- Die Bestimmungen gemäß Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung sind einzuhalten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen CCTA nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

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)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, MVZ, Instituts oder eine Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Krankenhaus/MVZ/Institut/  
anstellender Vertragsarzt