



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung vom 01.10.2008 in der aktuellen Fassung

Antragsteller/-in:

.....
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG- Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in:

.....
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

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

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

Tätigkeit im Rahmen einer:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung | <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistenz für |
| <input type="checkbox"/> Angestelltentätigkeit | <input type="checkbox"/> Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für |
| <input type="checkbox"/> Ermächtigung | |
| <input type="checkbox"/> Vertretung | |

Wohnort

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse:
2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse:
3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse:
4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse:

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen für folgende Anwendungsbereiche (AB) i. V. m. den Anwendungsklassen (AK):

1. Gehirn				
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	AK 1.1	Schädel durch die offene Fontanelle; B-Mode	<input type="checkbox"/>
2. Auge				
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	AK 2.1	Auge, Augenhöhle; A-Mode	<input type="checkbox"/>
		AK 2.2	Auge, Augenhöhle; B-Mode	<input type="checkbox"/>
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	AK 2.3	Biometrie des Auges; A-Mode	<input type="checkbox"/>
		AK 2.4	Biometrie des Auges; A-Mode + Laufzeitmessung	<input type="checkbox"/>
		AK 2.5	Messung der Hornhautdicke des Auges; A-Mode	<input type="checkbox"/>
		AK 2.6	Messung der Hornhautdicke des Auges; B-Mode	<input type="checkbox"/>
3. Kopf und Hals				
AB 3.1	Nasennebenhöhlen; A- und/oder B-Modus	AK 3.1	Nasennebenhöhlen; A-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 3.2	Nasennebenhöhlen; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen); B-Modus	AK 3.3	Gesichts- und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 3.3	Schilddrüse; B-Modus	AK 3.4	Schilddrüse; B-Modus	<input type="checkbox"/>
4. Herz und herznahe Gefäße				
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche/Erwachsene, transthorakal	AK 4.1	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Jugendliche/Erwachsene, transkutan	<input type="checkbox"/>
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche/Erwachsene, transoesophageal	AK 4.3	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Jugendliche/Erwachsene, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene - Jugendliche, transthorakal	AK 4.1	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Jugendliche/Erwachsene, transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 4.2	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Neugeborene - Kinder, transkutan	<input type="checkbox"/>
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene - Jugendliche, transoesophageal	AK 4.3	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Jugendliche/Erwachsene, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
		AK 4.4	Echokardiographie; B-Modus mit M-Modus Neugeborene - Kinder, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche/Erwachsene	AK 4.5 k*	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus physikalisch Jugendl./Erwachsene	<input type="checkbox"/>
		AK 4.5 p	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus pharmakol. Jugendl./Erwachsene	<input type="checkbox"/>
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene - Jugendliche	AK 4.5 k*	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus physikalisch Jugendl./Erwachsene	<input type="checkbox"/>
		AK 4.5 p	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus pharmakol. Jugendl./Erwachsene	<input type="checkbox"/>
		AK 4.6 k*	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus physikalisch Neugeborene - Kinder	<input type="checkbox"/>
		AK 4.6 p	Belastungsechokardiographie; B-Modus mit M-Modus pharmakol. Neugeborene - Kinder	<input type="checkbox"/>
5. Thorax				
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz); B-Modus, transkutan	AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz); B-Modus, transkavitär	AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
6. Brustdrüse				
AB 6.1	Brustdrüse; B-Modus	AK 6.1	Brustdrüse, ggf. regionale Lymphknoten; B-Modus	<input type="checkbox"/>
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)				
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche/Erwachsene, transkutan, (auch Bauchaortenscreening)	AK 7.1	Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, Jugendliche/Erwachsene, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	AK 7.3	Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 7.3	Abdomen u. Retroperitoneum, transkavitär (Magen, Darm)	AK 7.3	Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene - Jugendliche, transkutan	AK 7.1	Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, Jugendliche/Erwachsene, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 7.2	Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, Neugeborene - Kinder, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>

8. Uro-Genitalorgane				
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, transkutan; B-Modus	AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis+Skrotum), transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 8.2	Uro-Genitalorgane (sonstige Organe), transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, transkavitär; B-Modus	AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane; B-Modus	AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
9. Schwangerschaftsdiagnostik				
AB 9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik; B-Modus	AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie; B-Modus	AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten; B-Modus	AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan; B-Modus	<input type="checkbox"/>
		AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär; B-Modus	<input type="checkbox"/>
10. Bewegungsapparat				
AB 10.1	Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte); B-Modus	AK 10.1	Gelenke und/oder umschriebene Strukturen des Bewegungsapparates; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 10.2	Säuglingshüfte; B-Modus	AK 10.2	Säuglingshüfte; B-Modus	<input type="checkbox"/>
11. Venen				
AB 11.1	Venen der Extremitäten; B-Modus	AK 11.1	Venen einer Extremität; B-Modus	<input type="checkbox"/>
12. Haut und Subcutis				
AB 12.1	Haut; B-Modus	AK 12.1	Haut; B-Modus	<input type="checkbox"/>
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten; B-Modus	AK 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten; B-Modus	<input type="checkbox"/>
20. Doppler-Gefäße				
AB 20.1	CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	AK 20.1	CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
AB 20.2	CW-Doppler - extremitätenver-/ -entsorgende Gefäße	AK 20.2	CW-Doppler - extremitätenver- und/oder -entsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
AB 20.3	CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	AK 20.2	CW-Doppler - extremitätenver- und/oder -entsorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	AK 20.3	CW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
		AK 20.4	PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	<input type="checkbox"/>
AB 20.5	PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	AK 20.5	PW-Doppler - intrakranielle Gefäße	<input type="checkbox"/>
AB 20.6	Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	AK 20.6	Duplex - extrakranielle hirnversorgende Gefäße, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
AB 20.7	Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	AK 20.7	Duplex - intrakranielle Gefäße, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
AB 20.8	Duplex-Verfahren - extremitätenver-/ -entsorgende Gefäße	AK 20.8	Duplex - extremitätenver- und -entsorgende Gefäße, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
AB 20.9	Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße	AK 20.8	Duplex - extremitätenver- und -entsorgende Gefäße, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
AB 20.10	Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum, (auch Bauchaaortenscreening)	AK 20.9	Duplex - abdominelle und/oder retroperitoneale Gefäße oder Mediastinum, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
AB 20.11	Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems	AK 20.10	Duplex - Gefäße des weiblichen Genitalsystems, einschl. Farbe	<input type="checkbox"/>
21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße				
AB 21.1	Doppler-Echo einschl. Duplex Jugendliche/Erwachsene, transthorakal	AK 21.1	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße,transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.3	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße,transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.7	Farbduplex Herz- u. herznahe Gefäße, transkutan	<input type="checkbox"/>
AB 21.2	Doppler-Echo einschl. Duplex Jugendliche/Erwachsene, transoesophageal	AK 21.5	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
		AK 21.6	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
		AK 21.8	Farbduplex Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>

AB 21.3	Doppler-Echo einschl. Duplex Neugeborene - Jugendliche, transthorakal	AK 21.1	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, Jugendliche/Erwachsene, transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.2	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, Neugeborene - Kinder, transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.3	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, Jugendliche/Erwachsene, transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.4	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, Neugeborene - Kinder, transkutan	<input type="checkbox"/>
		AK 21.7	Farbduplex Herz- u. herznahe Gefäße, transthorakal	<input type="checkbox"/>
AB 21.4	Doppler-Echo einschl. Duplex Neugeborene - Jugendliche, transoesophageal	AK 21.5	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
		AK 21.6	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
		AK 21.8	Farbduplex Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	<input type="checkbox"/>
22. Doppler - Schwangerschaftsdiagnostik				
AB 22.1	Fetales kardiovaskuläres System; Duplex-Verfahren	AK 22.1	Farbduplex fetales kardiovaskuläres System	<input type="checkbox"/>
AB 22.2	Feto-maternales Gefäßsystem; Duplex-Verfahren	AK 22.2	Farbduplex feto-maternales Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>
23. Doppler - Nerven und Muskeln				
AB 23.1	Duplexverfahren - Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße	AK 23.1	Farbduplex Nerven und Muskeln	<input type="checkbox"/>

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV der konkret beantragten Leistung

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.3 Nachweise

2.3.1. Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die beantragten Anwendungsbereiche wurden nach der für mich maßgeblichen **Weiterbildungsordnung im Fachgebiet**

(§ 4)

erworben. Nachweis anhand von Zeugnissen/Bescheinigungen/Logbücher der Ärztekammer (als Kopie) einschl. der erforderlichen Untersuchungszahlen je Anwendungsbereich gemäß Anlage I der Vereinbarung unter Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes (§ 8 Ultraschall-Vereinbarung).

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

UND/ODER

2.3.2. Nachweis der erforderlichen Kenntnisse durch eine mindestens **18-monatige ganztätige oder entsprechend teilzeitliche Tätigkeit** (Zeugnisse/Bescheinigungen in Kopie) im Fachgebiet

(§ 5)

einschl. der erforderlichen Untersuchungszahlen je Anwendungsbereich gemäß Anlage I der Vereinbarung unter Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes (§ 8 Ultraschall-Vereinbarung).

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

UND/ODER

2.3.3. Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an **Ultraschallkursen**, je Anwendungsbereich Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs (§ 6) anhand der vollständigen Teilnahmezertifikate einschl. der Bestätigung der erforderlichen Untersuchungszahlen je Anwendungsbereich gemäß Anlage I der Vereinbarung durch den Kursleiter.

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

UND/ODER

2.3.4. Die erforderlichen Kenntnisse wurden durch Ultraschallkurse nach § 6 erworben. Der theoretische Teil des Abschlusskurses nach § 6 Abs.1 Buchstabe b Nr. 3 wurde hierbei durch eine **computergestützte Fortbildung** ersetzt (§ 7). Nachweis anhand der Teilnahmezertifikate inklusive der Bestätigung der erforderlichen Untersuchungszahlen je Anwendungsbereich gemäß Anlage I der Vereinbarung durch den Kursleiter.

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Hinweis: Wird die fachliche Befähigung nach §§ 5, 6 oder 7 erworben, kann die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Ultraschall-Kommission der KV-Sachsen abhängig gemacht werden.

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

3.1 Nutzung bereits gemeldeter Ultraschallsysteme			
bereits gemeldete Geräte	Gerät 1	Gerät 2	Gerät 3
Hersteller:			
Geräte-Bezeichnung:			
Geräte-Nummer:			
Standort des Ultraschallgerätes (BSNR/NBSNR):			
Baujahr (MM/JJ):			
3.2 Neu gemeldete Ultraschallsysteme			
Hersteller-/ Gewährleistungserklärung (Anlage 1 und ggf. Anlage 2 zum Antrag)	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt
Wartungsprotokoll (nicht älter als 12 Monate) für Ultraschallsysteme, die bereits länger als 24 Monate in Betrieb waren.	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	<input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt
3.3 Fremde Geräte und ausgelagerte Praxisräume			
Nutzung fremder Geräte (Antragsteller ist nicht Eigentümer)	Nutzungsvertrag <input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	Nutzungsvertrag <input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt	Nutzungsvertrag <input type="checkbox"/> liegt der KVS vor <input type="checkbox"/> in Kopie beigelegt
Nutzung ausgelagerter Praxisräume	<input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben in Punkt 4) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben in Punkt 4) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben in Punkt 4) <input type="checkbox"/> nein

***3.4 Besonderheit Belastungsechokardiographie (AK 4.5k und 4.6k)**

Sofern die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von belastungsechokardiographischen Leistungen (bei physikalischer Stufenbelastung – AK 4.5k und 4.6k) beantragt wird, ist ein Kippliege-Ergometer vorzuhalten und in Form eines Kauf- oder Nutzungsvertrages nachzuweisen:

Kippliege-Ergometer ist in der Praxis vorhanden (Kaufvertrag)

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Kippliege-Ergometer wird genutzt von: _____ (Nutzungsvertrag)

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3.5 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 4) nein

4 Nutzung ausgelagerte Praxisräume

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

5 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Mit Antragsabgabe erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach § 14 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen und die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen kann.

Der Antragsteller verpflichtet sich, jede Änderung der verwendeten Apparatur unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitzuteilen. Im Falle der Nutzung mobiler Ultraschallsysteme ist das Einreichen der Anlage 2 zum Antrag zwingend erforderlich.

Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die zugehörigen einschlägigen Bestimmungen werden beachtet.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.