

Bezirksstelle Köln: E-Mail: ultraschall@kvno.de Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 176
Bezirksstelle Düsseldorf E-Mail: ultraschall-24@kvno.de Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 127

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung
ultraschalldiagnostischer Leistungen**

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt fürseit:.....

Schwerpunkt:.....seit:.....

Zusatzbezeichnung:.....seit

Angestellter Arzt bei.....

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit
.....

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit
.....

Praxisgemeinschaft mit.....

Zulassung/Ermächtigung ab:.....

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen (in Kopie) Ihrem Antrag bei:

1. Facharzturkunde
2. Zeugnisse / Kursbescheinigungen / Zertifikate
3. Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer
(nur, wenn Sie die Facharztprüfung in einem anderen KV-Bereich absolviert haben)
4. Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma

Ich stelle den Antrag

- als zugelassener Arzt
Zulassung seit:.....
- als ermächtigter Krankenhausarzt
ermächtigt seit:.....
- für einen angestellten Arzt
angestellt seit:.....bei:.....

A. Die Qualifikation wurde erworben:

- nach § 4 im Rahmen der Weiterbildung
- nach § 5 in ständiger oder begleitender Tätigkeit
- nach § 6 durch Ultraschall-Kurse (evtl. in V. m. § 7)

B. Folgende Untersuchungen werden beantragt:

1. Gehirn

- 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

2. Auge

- 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges im A-Mode-Verfahren
Gesamte Diagnostik des Auges im B-Mode-Verfahren
- 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke
- Biometrie des Auges - A-Mode
- Biometrie des Auges - A-Mode/Laufzeitmessung
- Pachymetrie (Messung der Hornhautdicke) / A-Mode
- Pachymetrie (Messung der Hornhautdicke) / B-Mode

3. Kopf und Hals

- 3.1 Nasennebenhöhlen A-Mode
- 3.1 Nasennebenhöhlen B-Mode
- 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)
- 3.3 Schilddrüse

- 4. Herz (nicht bei hausärztlicher Tätigkeit)**
- Echokardiographie**
- 4.1 Jugendliche, Erwachsene transkutan
- 4.2 Jugendliche, Erwachsene transoesophageal
- 4.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transkutan
- 4.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transoesophageal
- Belastungsechokardiographie**
- 4.5 Jugendliche, Erwachsene
- 4.6 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche
- 5. Thorax**
- 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) transkutan
- 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz) transkavitär
- 6. Brustdrüse**
- 6.1 Transcutane Diagnostik
- 7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)**
- 7.1 Jugendliche, Erwachsene transkutan
- 7.2 Jugendliche, Erwachsene transkavitär (Rektum)
- 7.3 Jugendliche, Erwachsene transkavitär (Magen-Darm)
- 7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transkutan
- 8. Uro-Genitalorgane / Weibliche Genitalorgane**
- 8.1 Uro-Genitalorgane transkutan
- 8.2 Uro-Genitalorgane transkavitär
- 8.3 Weibliche Genitalorgane
- 9. Schwangerschaftsdiagnostik**
- 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik
- 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
- 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten
- 10. Bewegungsapparat**
- 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)
- 10.2 Säuglingshöften

- 11. Venen**
- 11.1 Venen der Extremitäten (B-Mode-Verfahren)
- 12. Haut und Subcutis**
- 12.1 Haut
- 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten
- 20. Gefäße (PW-Doppler und Duplex-Verfahren nicht bei hausärztlicher Tätigkeit)**
- 20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.2 CW-Doppler - extremitätenver-/entsorgende Gefäße
- 20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße
- 20.4 CW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems
- 20.4 PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems
- 20.5 PW-Doppler - intrakranielle Gefäße
- 20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver-/entsorgende Gefäße
- 20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße
- 20.10 Duplex-Verfahren - Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems
- 21. Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) (nicht bei hausärztlicher Tätigkeit)**
- 21.1 Jugendliche, Erwachsene transkutan
- 21.2 Jugendliche, Erwachsene transoesophageal
- 21.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transkutan
- 21.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transoesophageal
- 22. Schwangerschaftsdiagnostik - Duplex-Verfahren**
- 22.1 Duplex-Verfahren - Fetales kardiovaskuläres System
- 22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternales Gefäßsystem
- 23. Doppler-Nerven und Muskeln**
- 23.1 Duplex-Verfahren-Nerven und Muskeln

C. Angaben über die apparative Ausstattung zur Ultraschalldiagnostik

Anzahl der vorhandenen Geräte:.....

Name des 1. Gerätes:.....

Standort des 1. Gerätes:.....

Betriebsstätten-Nr. / Nebenbetriebsstätten-Nr. 1. Gerätes:.....

Name des 2. Gerätes:.....

Standort des 2. Gerätes:.....

Betriebsstätten-Nr. / Nebenbetriebsstätten-Nr. 2. Gerätes:.....

Name des 3. Gerätes:.....

Standort des 3. Gerätes:.....

Betriebsstätten-Nr. / Nebenbetriebsstätten-Nr. 3. Gerätes:.....

Apparategemeinschaft mit:

Name:

Praxisadresse:

Straße:

PLZ/Ort:

D. Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung zur Ultraschalldiagnostik unverzüglich der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mitzuteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Ultraschall-Kommission davon überzeugen kann, dass die in Betrieb befindliche Ultraschalleinrichtung den Bestimmungen gemäß Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung entspricht.

Ich verpflichte mich zur persönlichen Leistungserbringung (insbesondere z. B. bei einer Apparategemeinschaft, Mitbenutzung der Krankeneinrichtung).

Zu jeder diagnostischen Leistung wird von mir persönlich ein Befund und eine Beurteilung niedergelegt.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.