

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie  
(gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie))

**Persönliche Angaben des Antragstellers**

Titel, Name, Vorname: .....

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

**Ort der Leistungserbringung**

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)  
.....
- im Rahmen einer Anstellung
  - bei einem Vertragsarzt .....
  - in einem MVZ .....
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Computertomographie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein             ja (bitte den Bescheid beifügen)

**Beantragte Leistungen**

**Abschnitt 34.3 und z. T. Abschnitt 34.5 des EBM** (bitte die entsprechenden GOP des EBM eintragen)

- Computertomographie des Kopfes und des Ganzkörpers  
GOP: .....
- Computertomographie zur Bestrahlungsplanung  
GOP: .....

**Fachliche Voraussetzungen (gem. § 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)**

- Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde nach Röntgenverordnung bzw. Strahlenschutzverordnung
- Zeugnisse über die fachliche Qualifikation entsprechend den in § 7 der Vereinbarung genannten Anforderungen (Zeugnis über die Tätigkeit in der Computertomographie unter Anleitung). Die Angaben, die in den Zeugnissen enthalten sein müssen, sind in § 16 der Vereinbarung festgelegt.

(bitte Bescheinigungen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie beifügen)

**Apparative Voraussetzungen (gem. § 11 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)**

- Apparategemeinschaft mit .....

Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen bitte die durch die zuständige Behörde ausgestellte Anzeigebestätigung nach § 4 Abs. 1 oder die Genehmigung nach § 3 Abs. 1 der Röntgenverordnung bzw. nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) oder Genehmigung § 12 Abs. 1 Nr.4 StrlSchG einschließlich des aktuellen Prüfberichtes zur Sachverständigenprüfung beifügen.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Themen A-Z.

**Erklärung**

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Radiologie der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen (§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung).

Mir ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie Änderungen an der behördlichen Genehmigung nach § 19 Abs. 5 Strahlenschutzgesetz unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

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

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Thema Datenschutz.