Arztstempel

kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Fachgebiet: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

und / oder Teilgebiet Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

(entsprechend der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung))

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 ultraschalldiagnostischer Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

☐ nein ☐ ja (bitte den Bescheid beifügen)

Anwendungsbereiche (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der nachstehend angekreuzten ultraschalldiagnostischen Leistungen

6	**BRUSTDRÜSE**	
6.1	Brustdrüse, B-Modus	☐
7	**ABDOMEN UND RETROPERITONEUM (EINSCHLIEßLICH NIEREN)**	
7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan	☐
7.2	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkavitär (Rektum)	☐
7.3	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	☐
7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche - transkutan	☐
8	**URO-GENITALORGANE / WEIBLICHE GENITALORGANE**	
8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	☐
8.2	Uro-Genitalorgane, B- Modus, transkavitär	☐
8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus	☐
9	**SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK**	
9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	☐
9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	☐
9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	☐
12	**HAUT UND SUBCUTIS**	
12.1	Haut, B-Modus	☐
12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	☐
20	**DUPLEX-GEFÄßE**	
20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	☐
22	**DUPLEX-SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK**	
22.1	Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System	☐
22.2	Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	☐

Voraussetzungen

Die zu erfüllenden und gegenüber der KV Thüringen nachzuweisenden Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik sind in der Ultraschall-Vereinbarung (Anlage zu den Bundesmantelverträgen) geregelt. Auf Wunsch senden wir Ihnen ein Exemplar der Ultraschall-Vereinbarung zu.

Bitte fügen Sie folgende Nachweise den Antragsunterlagen bei:

- **unbeglaubigte Kopie der Facharzturkunde(n)** als Nachweis der zuständigen Ärztekammer über die ultraschalldiagnostische Weiterbildung nach maßgeblichem Weiterbildungsrecht
- Zeugnisse / Kursbescheinigungen / Zertifikate / Auszug Logbuch
- Anlage 1 zum Antragsformular (Qualifikation des Ausbilders / anleitenden Arztes)
  (sofern Genehmigungserteilung nach §§ 5 und / oder 6 der geltenden Ultraschall-Vereinbarung)
- Anlage 2 zum Antragsformular
  (Angaben zum Ultraschalldiagnostikgerät / Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma inkl. Angabe der Seriennummern von Gerät und Schallköpfen)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kvt.de → Themen A-Z.

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 gemäß § 9 Abs. 5 der Ultraschall-Vereinbarung verpflichtet bin, jede Änderung der apparativen Ausstattung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen habe.

Mit einer Überprüfung der von mir genutzten apparativen Ausstattung durch die Qualitätssicherungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gemäß § 14 Abs. 5 der geltenden Ultraschall-Vereinbarung bin ich einverstanden.

Ort und Datum	Name des (verantwortlichen) Arztes / ärztlichen Leiters (bitte in Druckbuchstaben)	Unterschrift des (verantwortlichen) Arztes / ärztlichen Leiters
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 Ultraschalldiagnostik 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, Thema Datenschutz.