

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANLAGE 2** zum Antrag auf Genehmigung zur  
Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der  
vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Bitte füllen Sie die Seiten 1 und 2 aus und lassen Sie die Seiten 3 bis 6 von Ihrem Gerätehersteller/  
vertreiber ausfüllen. Für jedes zu meldende Gerät reichen Sie bitte eine separate Anlage 2 ein.

Bitte bestätigen Sie auf Seite 3, welche Schallköpfe in der vertragsärztlichen Versorgung von Ihnen  
genutzt werden.

**Angaben zum Ultraschalldiagnostikgerät:**

Genauere Bezeichnung des Gerätes : .....

Baujahr:..... Hersteller/Vertreiber: .....

Nutzer des Ultraschalldiagnostikgerätes:	Lebenslange Arztnummer (LANR):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Standort des Ultraschalldiagnostikgerätes:	_____
	Adresse
	_____
	Betriebsstättennummer / ggf. Nebenbetriebsstättennummer
mobiles Gerät	<input type="checkbox"/>
Einsatz des Ultraschalldiagnostikgerätes durch den Antragsteller ab:	_____
	Datum

Ggf. fügen Sie bitte gem. § 9 (2) a) b) der Ultraschall-Vereinbarung ein *Wartungsprotokoll* oder *entsprechende Bilddokumentationen* der genutzten Ultraschallsysteme zur Konstanzprüfung der Anlage 2 bei.

**Weitere Ultraschalldiagnostikgeräte**

Ist ein weiteres Ultraschalldiagnostikgerät im Einsatz?  ja  nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes: .....

Hersteller / Vertreiber: .....

Im Einsatz seit / ab (Datum):.....

**Erklärung**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich erkläre, dass ich vor der erstmaligen Inbetriebnahme des hier angegebenen Ultraschalldiagnostikgerätes von einer gemäß § 9 Abs. 4 qualifizierten Person in die sachgerechte Handhabung, die Anwendung und den Betrieb eingewiesen wurde.

Ich erkläre, dass ich in der o.g. Betriebsstätte / Nebenbetriebsstätte ein Kippliegen-Ergometer bereithalte.

Hiermit versichere ich, dass ich für die ultraschalldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die vorstehend genannte apparative Ausstattung verwende. Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ultraschalldiagnostischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / ärztlichen Leiters

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes

## Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik –

(vom Hersteller / Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten ultraschalldiagnostischen Leistungen wird folgendes Ultraschalldiagnostikgerät eingesetzt:				
Gerät:				
Hersteller-/Vertreiberfirma: (einschließlich Adresse)				
Seriennummer des Gerätes:				
Baujahr:			Auslieferungsdatum:	
<input type="checkbox"/> <b>Das Ultraschallgerät erfüllt die allgemeinen Bestimmungen hinsichtlich der Gerätesicherheit und der technischen Leistungsfähigkeit entsprechend § 9 Abs. 1 (insb. Anlage III Punkt 1 und 2) der Ultraschall-Vereinbarung in der ab dem 01.01.2024 geltenden Fassung.</b>				
Angaben zu den Schallköpfen:				<i>durch den Arzt zu bestätigen, welcher Schallkopf vertragsärztlich genutzt wird:</i>
Schallkopf-Bezeichnung	Seriennummer des Schallkopfes	Scanmodus	Frequenz/-bereich	
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<span style="color: red; font-weight: bold;">Unterschrift Arzt:</span>				

**Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 in Verbindung mit der Anlage III der Ultraschallvereinbarung:**

Zutreffendes bitte ankreuzen

<b>AK 1</b>	<b>GEHIRN</b>	
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 2</b>	<b>AUGE</b>	
AK 2.1	Gesamtes Auge (A-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges (A-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges, automatische Laufzeitmessung (A-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (A-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 3</b>	<b>KOPF UND HALS</b>	
AK 3.1	Nasennebenhöhlen (A-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 4</b>	<b>HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE / ECHOKARDIOGRAPHIE</b>	
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 5</b>	<b>THORAXORGANE</b>	
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 6</b>	<b>BRUSTDRÜSE</b>	
AK 6.1	Brustdrüse (B-Modus)	<input type="checkbox"/>

<b>AK 7</b>	<b>ABDOMEN, RETROPERITONEUM (EINSCHL. NIEREN)</b>	
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 8</b>	<b>URO-GENITALORGANE</b>	
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 9</b>	<b>SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK</b>	
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 10</b>	<b>BEWEGUNGSAPPARAT</b>	
AK 10.1	Bewegungsapparat (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat, Säuglingshüfte (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 11</b>	<b>VENEN</b>	
AK 11.1	Venen der Extremitäten (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 12</b>	<b>HAUT / SUBKUTIS</b>	
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut, subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten (B-Modus)	<input type="checkbox"/>
<b>AK 20</b>	<b>DOPPLER-VERFAHREN (CW-, PW-, DUPLEX-, FARBDUPLEX-MODUS)</b>	
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>

**AK 21 DOPPLER - HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE**

AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, transkutan (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>

**AK 22 DUPLEX-SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK**

AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem (Duplex mit Farbkodierung)	<input type="checkbox"/>

**AK 23 NERVEN UND MUSKELN**

AK 23.1	Nerven und Muskeln, Farbduplex	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------------	--------------------------

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

**Der Hersteller / autorisierte Vertreiber bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

.....  
Telefonnummer

.....  
Ihr Ansprechpartner