

# Kernspintomographische Leistungen der Mamma

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)

## Checkliste:

### 1. Anforderungen an die fachliche Befähigung\*

Facharzturkunde **Radiologie** einer Landesärztekammer

Erfüllung der Voraussetzungen für die allgemeine **Kernspintomographie** im Gebiet Diagnostische Radiologie (Checkliste Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie))

und

Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen für **Röntgenmammographie** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie (Checkliste Mammographie)

und

Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen für **Mammasonographie** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik (Checkliste Ultraschalldiagnostische Leistungen)

und

selbstständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens **200** Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung\*\* eines zur Weiterbildung befugten Arztes

und

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

### 2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Erfüllung der Anforderungen gemäß Abschnitt C § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Kernspintomographische Untersuchungen sowie vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

ggf. Erklärung zur Apparatgemeinschaft

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

\*\* Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

**Gerätemeldung Kernspintomographie**

<b>Name, Vorname</b>	<b>LANR*:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

<b>Standort des MRT-Gerätes:</b>	_____
	_____
<b>BSNR/NBSNR/IK:</b>	_____

**Gewährleistungserklärung**

**(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)**

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung, des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie den zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.: .....

Hersteller: .....

Baujahr: .....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab: .....

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

\* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte