

Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie)

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

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde **Diagnostische Radiologie** oder Facharzturkunde **Nuklearmedizin** oder Urkunde mit der Schwerpunktbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung **Kinderradiologie oder Neuroradiologie** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes von

Diagnostische Radiologie: 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken, Thoraxorgane)

Kinderradiologie: 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks

Neuroradiologie: 1000 Untersuchungen des Schädels und des Spinalkanals

Nuklearmedizin: 500 Untersuchungen

soweit die Kernspintomographie nicht in Weiterbildungsordnung enthalten ist, zusätzlich:

Nachweis einer mindestens **24monatigen ganztägigen Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine 12monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung** angerechnet werden.

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(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

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des MRT-Gerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

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