

# MR-Angiographie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie)

## Checkliste:

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

- Facharzturkunde Radiologie einer Landesärztekammer
- Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von **150 MR-Angiographien** (davon **75 Hirn- und Halsgefäße**) unter Anleitung\*\* eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang in dem Gebiet „Radiologie“ befugten Arztes innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung. Diese müssen mit der Time-of-Flight (TOF)-, und/oder Phasenkontrast- (PC) und zu mindestens 20 % mit der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein.
- Nachweis einer mindestens **24-monatigen** ganztägigen Tätigkeit unter Anleitung\*\* eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang in dem Gebiet „Radiologie“ befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu 12-monatige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung\*\* angerechnet werden.

### 2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- geeignete Notfallausrüstung entsprechend § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung
- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

### 3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

- Gewährleistung der Nachbeobachtung des Patienten nach Kontrastmittelgabe von mindestens 20 Minuten (Abschnitt B, § 5 der QS-Vereinbarung MR-Angiographie)
- Heranziehen der Original-Schnittbilder zur Befundung (Abschnitt B, § 5 der QS-Vereinbarung MR-Angiographie)
- Anforderung an die ärztliche Dokumentation (Abschnitt B, § 6 der QS-Vereinbarung MR-Angiographie)
- Anforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (Abschnitt C, § 7 der QS-Vereinbarung MR-Angiographie)

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 MR-Angiographie

<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)

#### Ausrüstung MRT-Gerät

Die apparative Ausstattung zur Durchführung von Leistungen der MR-Angiographie erfüllt die Anforderungen der Anlage 1 der Vereinbarung.

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