

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

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

Standort des MRT-Gerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

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