

MRT-Antrag

Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang – Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende kernspintomographische Leistungen in der

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

EBM GOP

Neurocranium und Wirbelsäule

- ☐ GOP **34410** EBM Neurocranium
- ☐ GOP **34411** EBM Teile der Wirbelsäule

Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

- ☐ GOP **34420** EBM Gesichtsschädel
- ☐ GOP **34421** EBM Schädelbasis
- ☐ GOP **34422** EBM Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7

Thorax

- ☐ GOP **34430** EBM Thorax

Abdomen, Retroperitoneum, Becken

- ☐ GOP **34440** EBM Oberbauch
- ☐ GOP **34441** EBM Gesamten Abdomen
- ☐ GOP **34442** EBM Becken

Extremitäten, angrenzende Gelenke

- ☐ GOP **34450** EBM Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der
Gebührenordnungsposition 34451 genannten Extremitätenteile
- ☐ GOP **34451** EBM Hand, Fuß und/oder deren Teile

Zuschlag

☐ GOP **34452** EBM

Zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

Bestrahlungsplanung MRT

☐ GOP **34460** EBM

MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele-oder Brachytherapie.

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Kernspintomographien wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

☐ ja (bitte Bescheid beifügen)

☐ nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ ja

☐ nein

Ich bin zum Führen folgender Facharztbezeichnungen berechtigt:

☐ Diagnostische Radiologie

☐ Kinderradiologie

☐ Neuroradiologie

☐ Nuklearmedizin

und

- habe 1000 Kernspintomographien (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken, und Thoraxorgane) unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe zusätzlich 200 Kernspintomographien die Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe zusätzlich 1000 Kernspintomographien des Schädels und Spinalkanals unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt
- habe 500 Kernspintomographien unter Anleitung eines für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugten Arztes durchgeführt.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

IV. Allgemeines

- Nach § 6 Abs. 5 der Kernspintomographie-Vereinbarung setzt die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung Kernspintomographien das Einverständnis des Antragsstellers zur Durchführung einer Überprüfung seiner in Betrieb befindlichen Einrichtung voraus.

Ich/Wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

--

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitte hier angeben:

Krankenhausträger, MVZ, Institut

Betreiber	
Anschrift	