

Antrag Nuklearmedizin

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 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 o.g. 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	

EBM GOP

- ☐ GOP 17310 Teilkörperszintigraphische Untersuchung
- ☐ GOP 17311 Ganzkörperszintigraphische Untersuchung
- ☐ GOP 17312 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17311 für Ganzkörperzusatz
- ☐ GOP 17320 Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse
- ☐ GOP 17321 Radiojod-Zweiphasentest
- ☐ GOP 17330 Zusatzpauschale szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung)
- ☐ GOP 17331 Zusatzpauschale szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels in Ruhe
- ☐ GOP 17332 Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung)
- ☐ GOP 17333 Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik
- ☐ GOP 17340 Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung der seitengetrennten tubulären und/oder glomerulären Clearance
- ☐ GOP 17341 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17340 bei interventionellen Maßnahmen
- ☐ GOP 17350 Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung
- ☐ GOP 17351 Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik
- ☐ GOP 17360 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 szintigraphische Untersuchung der Extravasalphase im Rahmen einer Mehrphasenszintigraphie
- ☐ GOP 17361 Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 17310 oder 17311 für die sequentielle Aufnahmetechnik
- ☐ GOP 17362 Zuschlag für die Einkopf-Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT)
- ☐ GOP 17363 Zuschlag für die Zwei-oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT)
- ☐ GOP 17370 Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ GOP 17371 Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen
- ☐ GOP 17372 Zusatzpauschale Radionuklidtherapie von Knochenmetastasen, blutbildende Organe, Geschwülste und/oder Geschwulstmetastasen
- ☐ GOP 17373 Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der nuklearmedizinischen Diagnostik und Therapie 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

1. in-vivo-Diagnostik:

1.1 ☐Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Nuklearmedizin“ berechtigt

und

☐besitze die Fachkunde nach § 30 der Strahlenschutzverordnung

und

☐besitze die Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung.

Oder

1.2 ☐Ich war in der nuklearmedizinischen in-vivo-Diagnostik unter der Leitung eines zur Weiterbildung entsprechend ermächtigten Arztes tätig und habe ausreichende Kenntnisse

und

☐besitze die Fachkunde nach § 30 der Strahlenschutzverordnung, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde ist der Nachweis über die Aktualisierung notwendig

und

☐besitze die Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung

1. in-vitro-Diagnostik:

2.1 ☐Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Nuklearmedizin“ berechtigt

und

☐besitze die Fachkunde nach § 30 der Strahlenschutzverordnung, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde ist der Nachweis über die Aktualisierung notwendig

und

besitze die Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung.

Oder

2.2 ☐Ich war mindestens 3 Monate ständig in der nuklearmedizinischen in-vitro-Diagnostik unter der Leitung eines zur Weiterbildung entsprechend ermächtigten Arztes tätig

und

☐besitze die Fachkunde nach § 30 der Strahlenschutzverordnung, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde ist der Nachweis über die Aktualisierung notwendig

und

☐besitze die Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung.

3. Radiosynoviorthese oder therapie mit offenen Radionukliden

3.1 ☐Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „ Facharzt für Nuklearmedizin“ berechtigt

und

☐besitze die Fachkunde nach § 30 der Strahlenschutzverordnung, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde ist der Nachweis über die Aktualisierung notwendig

und

☐besitze die Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung.

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

Wird die fachliche Befähigung in dem beantragten Untersuchungsgebiet nicht innerhalb einer Weiterbildung für eine Facharztanerkennung, für die die maßgebende Weiterbildungsordnung den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dieser Therapie vorsieht, nachgewiesen, darf die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der nuklearmedizinischen in-vivo-Diagnostik nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium erteilt werden.

VI. Allgemeines

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**