

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) – EBM-Nrn. 34370 und 34371 - gemäß der Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nachweis der fachlichen Qualifikation

- Nachweis über die selbständige Befundung der CCTA in 150 Fällen oder mehr und selbstständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils vor Inkrafttreten der Nr. 42 der Anlage 1 MVV-RL.
- Die vorgenannten Nachweise liegen der KVSA bereits vor.
- Die vorgenannten Nachweise habe ich dem Antrag als **Anlage** beigefügt.
- oder**
- Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen, jeweils unter Anleitung einer bereits erfahrenen Anwenderin oder eines bereits erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung.
- Die vorgenannten Nachweise liegen der KVSA bereits vor.
- Die vorgenannten Nachweise habe ich dem Antrag als **Anlage** beigefügt.
- Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).

Nachweis der apparativen Ausstattung

Für die Durchführung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung: _____
Standort des Gerätes: _____
BSNR: _____
2. Gerätebezeichnung: _____
Standort des Gerätes: _____
BSNR: _____
3. Gerätebezeichnung: _____
Standort des Gerätes: _____
BSNR: _____
4. Gerätebezeichnung: _____
Standort des Gerätes: _____
BSNR: _____

Gemeinsame Nutzung des/der Geräte/es

nein

ja,

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname _____

unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatennutzung mit:

Name, Vorname _____

Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigelegt.

Die Genehmigung zum Betrieb der Anlage des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigelegt.

Die Umgangsberechtigung des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigelegt.

Die Betriebserlaubnis (TÜV-Bericht) ist beigelegt.

Jede Änderung der apparativen Ausstattung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KVSA unverzüglich mitgeteilt.

Hinweis: Die CCTA darf nur mit Computertomographen mindestens 64 Detektorzellen erbracht werden.

Weitere Erklärungen

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Regelungen und Inhalte gemäß der Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses kenne und einhalten werde.

Mir ist bekannt, dass die CCTA zu Lasten der Krankenkassen bei Patientinnen und Patienten erbracht werden darf, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 % weiterhin der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) besteht oder wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cKHK zum Ausschluss cKHK notwendig ist.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anhänge und Anlagen zum Bestandteil des Antrages.

Ich versichere die Richtigkeit der im Antragsformular gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte