

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von ultraschalldiagnostischen Leistungen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Für Fachärzte für Innere Medizin:**

Ich beabsichtige die folgende Tätigkeit: ☐ hausärztlich oder ☐ fachärztlich

**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 der nachstehenden angekreuzten  
ultraschalldiagnostischen Leistungen:**

**Nachweis der fachlichen Qualifikation**

**1. Gehirn**

- ☐ 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

**2. Auge**

- ☐ 2.1 Gesamt Diagnostik des Auges
- ☐ 2.2 Biometrie des Auges sowie Messung der Hornhautdicke
- ☐ Biometrie des Auges (A-Mode)
  - ☐ Biometrie des Auges (A-Mode) Laufzeitmessung
  - ☐ Pachymetrie (Messung der Hornhautdicke/A-Mode)

**3. Kopf und Hals**

- ☐ 3.1 Nasennebenhöhlen (A-Mode)
- ☐ 3.1 Nasennebenhöhlen (B-Mode)
- ☐ 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)
- ☐ 3.3 Schilddrüse

**4. Herz Echokardiographie**

- ☐ 4.1 Jugendliche, Erwachsene – transthorakal
- ☐ 4.2 Jugendliche, Erwachsene – transoesophageal
- ☐ 4.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche – transthorakal
- ☐ 4.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche - transoesophageal

**Belastungsechokardiographie**

- ☐ 4.5 Jugendliche, Erwachsene
- ☐ 4.6 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche

## **5. Thorax**

- ☐ 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz) – transkutan
- ☐ 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz) – transkavitär

## **6. Brustdrüse**

- ☐ 6.1 Transkutane Diagnostik

## **7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)**

- ☐ 7.1 Jugendliche, Erwachsene – transkutan
- ☐ 7.2 Jugendliche, Erwachsene – transkavitär (Rektum)
- ☐ 7.3 Jugendliche, Erwachsene – transkavitär (Magen-Darm)
- ☐ 7.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche transkutan

## **8. Uro-Genitalorgane/Weibliche Genitalorgane**

- ☐ 8.1 Uro-Genitalorgane – transkutan
- ☐ 8.2 Uro-Genitalorgane – transkavitär
- ☐ 8.3 Weibliche Genitalorgane

## **9. Schwangerschaftsdiagnostik**

- ☐ 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik
- ☐ 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten

## **10. Bewegungsorgane/Säuglingshöften**

- ☐ 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)
- ☐ 10.2 Säuglingshöften

## **11. Venen**

- ☐ 11.1 Venen der Extremitäten (B-Mode)

## **12. Haut und Subcutis**

- ☐ 12.1 Haut
- ☐ 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten

## **20. Gefäße (PW-Doppler und Duplex-Verfahren)**

- ☐ 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- ☐ 20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße
- ☐ 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße
- ☐ 20.4 CW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems
- ☐ 20.4 PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems
- ☐ 20.5 PW-Doppler – intrakranielle Gefäße
- ☐ 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- ☐ 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße
- ☐ 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße
- ☐ 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße
- ☐ 20.10 Duplex-Verfahren – Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- ☐ 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems

## **21. Doppler-Echokardiographie – einschl. Duplex**

- ☐ 21.1 Jugendliche, Erwachsene – transthorakal
- ☐ 21.2 Jugendliche, Erwachsene – transoesophageal
- ☐ 21.3 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche – transthorakal
- ☐ 21.4 Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche – transoesophageal

## **22. Doppler-Echokardiographie – einschl. Duplex**

- ☐ 22.1 Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System
- ☐ 22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem

## **23. Nerven und Muskeln**

- ☐ 23.1 Nerven und Muskeln, Farbduplex

## Nachweis der fachlichen Befähigung

### 1. im Rahmen der Weiterbildung gemäß § 4 der Ultraschallvereinbarung

- ☐ Zum Erwerb meiner Facharztanerkennung sind eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Ultraschalldiagnostik folgender Anwendungsbereiche entsprechend der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer zwingend vorgeschrieben:

für den/die Anwendungsbereich/e:

---

---

---

---

- ☐ Die entsprechende Facharzturkunde **und** die gem. § 14 Abs. 3 Nr. 1a) Ultraschallvereinbarung entsprechenden Zeugnisse sind als **Anlage** beigelegt.
- ☐ Die Facharzturkunde **und** die Zeugnisse liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
- ☐ Eine Bescheinigung (Formblatt „Erklärung Ausbilder“) über die Qualifikation des Ausbilders gem. § 8 b) oder c) Ultraschallvereinbarung ist als **Anlage** beigelegt.

### 2. im Rahmen einer Tätigkeit gemäß § 5 der Ultraschallvereinbarung

- ☐ Ich habe meine Kenntnisse und Erfahrungen in der Ultraschalldiagnostik für folgende Anwendungsbereiche in einer mindestens 18-monatigen ganztätigen oder einer entsprechenden teilzeitlichen Tätigkeit erworben.

für den/die Anwendungsbereich/e:

---

---

---

---

- ☐ Für jeden der vorgenannten Anwendungsbereiche habe ich ausreichende Zeugnisse gem. § 5 i.V.m. § 14 Abs. 3 Nr. 1b) Ultraschallvereinbarung als **Anlage** beigelegt.
- ☐ Eine Bescheinigung (Formblatt „Erklärung Ausbilder“) über die Qualifikation des Ausbilders gem. § 8b oder c) Ultraschallvereinbarung ist als **Anlage** beigelegt.

**3. Erwerb der Kenntnisse durch Teilnahme an Ultraschall-Kursen gemäß § 6 oder durch eine computergestützte Fortbildung gemäß § 7 i.V.m. der Ultraschallvereinbarung**

- ☐ Ich habe die fachlichen Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik für folgende Anwendungsbereiche durch die Teilnahme an Ultraschall-Kursen, die gemäß § 6 Ultraschallvereinbarung durchgeführt wurden, erworben.

für den/die Anwendungsbereich/e:

---

---

---

---

**a) Teilnahme an Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs der beantragten Bereiche:**

- ☐ Alle Kurse fanden unter der Anleitung eines gemäß § 8 c) Ultraschallvereinbarung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arztes statt. Die Bescheinigung über die Qualifikation des Ausbilders ist als **Anlage** (Formblatt „Erklärung Ausbilder“) beigefügt.
- ☐ Die Bescheinigung für die erfolgreiche Teilnahme an einem Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs nach § 6 Abs. 1b) Ultraschallvereinbarung für die beantragten Bereiche sind als **Anlage** beigefügt.

**oder**

- ☐ Die Bescheinigung für die erfolgreiche Teilnahme an einem Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs nach § 6 Abs. 1b) Ultraschallvereinbarung für die beantragten Bereiche sowie das Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an einer computergestützten Fortbildung (Tutorial), welche den theoretischen Teil des Abschlusskurses nach § 7 Ultraschallvereinbarung ersetzen kann, sind als **Anlagen** beigefügt.

**b) Nachweise der selbstständig unter Anleitung durchgeführten Ultraschalluntersuchungen:**

- ☐ Die Nachweise der selbstständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung entsprechend § 6 Abs. 1a) Ultraschallvereinbarung sind als **Anlage** beigefügt.
- ☐ Eine Bescheinigung (Formblatt „Erklärung Ausbilder“) über die Qualifikation des Anleiters gemäß § 8 a), b) oder c) Ultraschallvereinbarung ist als **Anlage** beigefügt.
- ☐ Die Qualifikation des Ausbilders ist der KV Sachsen-Anhalt bereits bekannt.

**Allgemeiner Hinweis zum Nachweis der fachlichen Qualifikation:**

Wird die fachliche Qualifikation für einen Anwendungsbereich nach §§ 5, 6 oder 7 der Ultraschallvereinbarung nachgewiesen, so ist das Genehmigungsverfahren nach Erfüllung der formalen Voraussetzungen durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 14 Abs. 6 der Ultraschallvereinbarung abzuschließen. Weiterhin ist zu beachten, dass Ärzte, die nicht über die Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ verfügen und Ultraschalluntersuchungen des fetomaternalen Gefäßsystems oder des fetalen kardiovaskulären Systems mit dem Duplex-Verfahren ausführen und abrechnen wollen, die fachliche Qualifikation nach Erfüllung der formalen Voraussetzungen ebenfalls obligatorisch in einem Kolloquium nachweisen müssen.

Wird die fachliche Qualifikation nach § 4 der Ultraschallvereinbarung nachgewiesen, kann die Erteilung der Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn trotz vorgelegter Bescheinigungen und Dokumentationen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung bestehen oder eine abweichende aber gleichwertige Befähigung nachgewiesen wird.

### Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Die Anlage 1 (Selbstauskunft) sowie das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Gewährleistungserklärung“ (Anlage 2)

- ☐ ist dem Antrag als **Anlage** beigelegt.
- ☐ Anlage 2 („Gewährleistungserklärung“ wurde bereits nachgewiesen durch

\_\_\_\_\_

und liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.

### Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

\_\_\_\_\_  
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