

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Qualitätssicherung
 Team Sonographie
 Eisenheimerstr. 39
 80687 München

➔ Jetzt online beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 40501
 E-Mail-Adresse: Sono-GWE@KVB.de

Antrag eines Facharztes für Innere Medizin in der fachärztlichen Versorgung

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen** im Rahmen
 der vertragsärztlichen Versorgung nach der Ultraschall-Vereinbarung (USV)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-
 Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
 (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
 (Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
 (Name des KH) tt.mm.jj

 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

 E-Mail-Adresse

 Telefonnummer

 Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
 tt.mm.jj

<input type="checkbox"/> 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan
8. Uro-Genitalorgane
<input type="checkbox"/> 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan
<input type="checkbox"/> 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär
<input type="checkbox"/> 8.3 Weibliche Genitalorgane
9. Schwangerschaftsdiagnostik
<input type="checkbox"/> 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik
10. Bewegungsapparat
<input type="checkbox"/> 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)
11. Venen
<input type="checkbox"/> 11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)
Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)
20. Doppler-Gefäße
CW-Doppler-Verfahren
<input type="checkbox"/> 20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
<input type="checkbox"/> 20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)
<input type="checkbox"/> 20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße
<input type="checkbox"/> 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems
PW-Doppler-Verfahren
<input type="checkbox"/> 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems
<input type="checkbox"/> 20.5 Intrakranielle Gefäße
Duplex-Verfahren
<input type="checkbox"/> 20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
<input type="checkbox"/> 20.7 Intrakranielle hirnversorgende Gefäße
<input type="checkbox"/> 20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)
<input type="checkbox"/> 20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße
<input type="checkbox"/> 20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
<input type="checkbox"/> 20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems
21. Herz und herznahe Gefäße
<input type="checkbox"/> 21.1 Doppler-Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal
<input type="checkbox"/> 21.2 Doppler-Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transösophageal
<input type="checkbox"/> 21.3 Doppler-Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal
<input type="checkbox"/> 21.4 Doppler-Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transösophageal
<input type="checkbox"/> Sonstiger Anwendungsbereich: _____

3. Fachliche Voraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung.
Nachweis durch beigelegte Urkunde in Kopie.

Der Nachweis der weiteren fachlichen Voraussetzungen erfolgt durch: (bitte wählen Sie eine Alternative aus)

§ 4 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung

- Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik **je beantragtem Anwendungsbereich** nach dem für mich maßgeblichen **Weiterbildungsrecht**
- d.h. Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten je beantragtem Anwendungsbereich der Ultraschalldiagnostik im Fachgebiet Innere Medizin in der fachärztlichen Versorgung nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer
- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 3 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**
- Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.
- ggf. anhand **Anlage III Untersuchungszahlennachweis**, vom anleitenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben **oder anhand Weiterbildungszeugnisse**.

oder

§ 5 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit

- Mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit** oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ / die jeweilige Körperregion umfasst.
- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 4 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**.
- Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.
- Der **Nachweis der Untersuchungszahlen** kann alternativ erfolgen durch:
- Zeugnis des anleitenden Arztes** über die
- nach § 5 Buchst. a und b USV absolvierte ständige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und
 - die pro Anwendungsbereich selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen
- oder**
- Anlage IV „Untersuchungszahlennachweis“**, vom anleitenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben.
- Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der v.g. Voraussetzungen die fachliche Befähigung durch erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** abschließend nachzuweisen ist, vgl. §§ 5 Buchst. c, 14 Abs. 6 USV. Für das Kolloquium wird eine Gebühr erhoben.

oder

§ 6 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse

- Selbständige Durchführung der nach Anlage I Spalte 4 USV erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen (vgl. Anhang zum Antrag) unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich**.
- Die Anleitung hat bei einem nach § 8 Buchst. a oder b oder c USV in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt stattzufinden.

Der **Nachweis der Untersuchungszahlen** kann alternativ erfolgen durch:

- Zeugnis des anleitenden Arztes** über die nach § 6 Abs. 1 Buchst. a USV pro Anwendungsbereich selbständig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen
- oder**
- Anlage IV „Untersuchungszahlennachweis“**, vom anleitenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben.

- Erfolgreiche Teilnahme an folgenden **Ultraschallkursen**, die unter Anleitung eines nach § 8 Buchst. c USV qualifizierten Arztes (Kursleiter) stattgefunden haben:

- | | | |
|--|---------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundkurs | vom _____ bis _____ | Kursinhalt _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufbaukurs | vom _____ bis _____ | Kursinhalt _____ |
| <input type="checkbox"/> Abschlusskurs | vom _____ bis _____ | Kursinhalt _____ |
| | vom _____ bis _____ | Kursinhalt _____ |
| | vom _____ bis _____ | Kursinhalt _____ |

- alternativ zum theoretischen Teil des Abschlusskurses: erfolgreiche computergestützte Fortbildung (Tutorial) nach § 7 USV

am: _____ bei: _____

Der **Nachweis der Teilnahme** erfolgt durch folgende **Zertifikate/Bescheinigungen**:

- Zertifikate über die erfolgreiche Teilnahme an den Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchst. b USV
- Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an der computergestützten Fortbildung nach § 7 USV
- Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der v.g. Voraussetzungen die fachliche Befähigung durch erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** abschließend nachzuweisen ist, vgl. §§ 6 Abs. 1 Buchst. c, 14 Abs. 6 USV. Für das Kolloquium wird eine Gebühr erhoben.

4. Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von ultraschalldiagnostischen Leistungen benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____	Standort des Geräts: BSNR: <input type="checkbox"/> Portables Gerät
2. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____	Standort des Geräts: BSNR: <input type="checkbox"/> Portables Gerät
3. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____	Standort des Geräts: BSNR: <input type="checkbox"/> Portables Gerät
4. Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr: _____ Schallkopf/Schallköpfe: _____	Standort des Geräts: BSNR: <input type="checkbox"/> Portables Gerät

Gemeinsame Apparaturnutzung

nein

ja, oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit
Titel _____ Name _____, Vorname _____

Bitte die **Erklärung zur Apparatgemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 und Anlage III USV wird nach § 14 Abs. 3 Nr. 2 USV **pro Gerät** eine **Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt

Für Ultraschallsysteme, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits länger als 24 Monate in Betrieb waren („**Gebrauchtgeräte**“), wird zusätzlich nach § 9 Abs. 2 ein **Wartungsprotokoll** vorgelegt, das nicht älter als 12 Monate ist und die Anforderungen nach § 13 Abs. 9 erfüllt.

Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:


Die Gewährleistungserklärung sowie ggf. das Wartungsprotokoll liegt der KVB über den oben genannten Kollegen bereits vor.

Hygiene in der Endosonographie

Bitte beachten Sie, dass für nach dem 01.10.2016 angeschaffte Endosonographiesonden zusätzliche Angaben zur Hygiene erforderlich sind, die vom Hersteller bzw. Gerätevertreiber in der Gewährleistungserklärung bestätigt werden müssen. Bitte setzen Sie sich hierzu ggf. mit dem Hersteller/Gerätevertreiber Ihres Ultraschallgerätes in Verbindung.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte in Kopie bei.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen Genehmigungen in der Regel binnen 20 Arbeitstagen nach Antragsingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (z. B. Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes 

Stempel Antragsteller

Anlage I Checkliste für Sie

Sehr geehrter Antragsteller,

wir möchten Ihren Antrag so schnell wie möglich bearbeiten und unnötige Bürokratie vermeiden.

Sie unterstützen uns dabei, indem Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und inkl. aller erforderlichen Unterlagen bei uns einreichen. Je weniger Rückfragen und Nachforderungen wir stellen müssen, desto schneller können wir Ihren Antrag abschließend bearbeiten.

Bitte prüfen Sie daher anhand der nachfolgenden Checkliste Ihren Antrag auf Vollständigkeit.
Vielen Dank!

Notwendige Angaben	erfüllt	
Wurden alle Anwendungsbereiche , die beantragt werden sollen, angekreuzt?	<input type="checkbox"/>	
Wurden alle Betriebsstätten , an denen die beantragten sonographischen Leistungen erbracht werden sollen, aufgelistet?	<input type="checkbox"/>	
Wurden die erforderlichen Voraussetzungen durch Ankreuzen bestätigt?	<input type="checkbox"/>	
Wurden die erforderlichen Unterschriften geleistet (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt)?	<input type="checkbox"/>	
Einzureichende Unterlagen	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Urkunde Facharztanerkennung in Kopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ggf. Zeugnis/se über Tätigkeitszeiten/Untersuchungszahlen in den beantragten Anwendungsbereichen oder ausgefüllte Anlage (bei fachlicher Befähigung nach §§ 4,5,6 USV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ggf. Zertifikate über die Teilnahme an Ultraschallkursen/computergestützter Fortbildung (bei fachlicher Befähigung nach § 6 USV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Wartungsprotokoll bei Gebrauchtgeräten (> 24 Mon. in Betrieb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information bzgl. nachfolgender Schritte		
1) Nachforderungen von fehlenden Unterlagen und Informationen durch Mitarbeiter des Teams Sonographie		
2) Ggf. Anforderung von Bilddokumentationen zur Bildabnahmeprüfung		
3) Bei Neuantragstellern: Ggf. Einladung zu einem Kolloquium		

Anlage II - Wichtige Informationen für Sie zur Antragsstellung

Bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der Ultraschall-Vereinbarung ist unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/u/> abrufbar.

Übersicht über die nachzuweisenden Untersuchungszahlen nach Anlage I Ultraschall-Vereinbarung:

Beantr. Anwendungsbereich	Beschreibung	Anforderung nach § 4 (nach der Weiterbildungsordnung)	Anforderung nach § 5 (ständige Tätigkeit) und § 6 (Ultraschallkurse)
A-, B- oder M-Modus			
3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	100**; (50)*	A-Modus: 100** B-Modus: 150**; (100)*
3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)	100**; (50)*	200**; (50)*
3.3	Schilddrüse	150**; (100)*	200**; (100)*
4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	400	400
4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	50 (und AB 4.1)	50 (und AB 4.1)
4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	500	500
4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	25 (und AB 4.3)	25 (und AB 4.3)

4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	100 (und AB 4.1)	100 (und AB 4.1)
4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	50 (und AB 4.3)	50 (und AB 4.3)
5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	100; (50)*	200; (50)*
5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	25 (und AB 5.1)	25 (und AB 5.1)
6.1	Brustdrüse	200; (150)*	200
7.1	Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan	400; (300)*	400; (300)*
7.2	Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	25 (und AB 7.1);	25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*
7.3	Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	25 (und AB 7.1);	25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*
7.4	Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/ Kleinkinder/Jugendl.), transkutan	200; (100)*	400; bei AB 7.1 200; (200)*
8.1	Uro-Genitalorgane (transkutan)	200**; (100)*	400**; bei AB 7.1 200; (300)*
8.2	Uro-Genitalorgane (transkavitär)	75 (und AB 8.1)	150 (und AB 8.1)
8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus	200 (einschl. Endosonographie) (150)*	300 (einschl. Endosonographie) (200)*
9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	300 (der uteroplazento-fetalen Einheit); (200)*	300 (der uteroplazento-fetalen Einheit)
10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)	200**	400**; (200)*
11.1	Venen der Extremitäten	200; (100)*; ***	200; (100)*; ***
CW-,PW-,(Farb-)Duplex Verfahren			
20.1	Extrakranielle hirnv. Gefäße (CW)	100**; (50)*	200**; (50)*
20.2	Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW)	200** (je 100 Arterien und Venen); (100)*	200** (je 100 Arterien und Venen); (100)*
20.3	Extremitätenentsorgende Gefäße (CW)	100**; (50)*	100**; (50)*
20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW)	200**; (100)*	200**; (100)*
20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW)	200**; (100)*	200**; (100)*
20.5	Intrakranielle Gefäße (PW)	100**; (50)*	200**; (100)*
20.6	Extrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	200**; (50)*
20.7	Intrakranielle Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	100 (und AB 20.5)**; (50)*
20.8	Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	200 (je 100 Arterien und Venen)**; (je 50)*	400 (je 200 Arterien und Venen)**; (je 50)*
20.9	Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)	100**; (50)*	100**; (50)*

20.10	Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)	100**	200 (und AB 7.1 oder AB 7.4)**
20.11	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	200**, (100)*	200 (und AB 8.3)**; (100)*
21.1	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	100 (und AB 4.1)	200 (und AB 4.1)
21.2	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	50 transkavitär (und AB 4.2)	50 transkavitär (und AB 4.2)
21.3	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	500 (und AB 4.3)	500 (und AB 4.3)
21.4	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	25 transkavitär (und AB 4.4)	25 transkavitär (und AB 4.4)

Legende:

* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

** Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

*** Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder 20.9 gilt die fachliche Befähigung für den AB 11.1 als nachgewiesen.

Allgemeiner Hinweis:

Diese Tabelle ersetzt nicht den Wortlaut der Ultraschall-Vereinbarung. Ausschlaggebend sind immer die Inhalte der Ultraschall-Vereinbarung in der jeweils geltenden Fassung.

Anlage III - Untersuchungszahlennachweis

Bestätigung nach § 4 (Weiterbildungsordnung (WBO))

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

Ich _____
(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____
(Vor- und Nachname des Antragstellers)

die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung

in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschalluntersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach § 4 USV (nach der WBO)
Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus) 3. Kopf und Hals 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen) 3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 150**; (100)*
4. Herz und herznahe Gefäße 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	<input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 50 (und AB 4.1) <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 25 (und AB 4.3) <input type="checkbox"/> 100 (und AB 4.1) <input type="checkbox"/> 50 (und AB 4.3)
5. Thorax 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/> 100; (50)* <input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)
6. Brust 6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/> 200; (150)*
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 7.1 Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan	<input type="checkbox"/> 400; (300)*

7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1);
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1);
7.4 Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Jugendl.), transkutan	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
8. Uro-Genitalorgane	
8.1 Uro-Genitalorgane (transkutan)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
8.2 Uro-Genitalorgane (transkavitär)	<input type="checkbox"/> 75 (und AB 8.1)
8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200 (einschl. Endosonographie) (150)*
9. Schwangerschaftsdiagnostik	
9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	<input type="checkbox"/> 300 (der uteroplazentofetalen Einheit); (200)*
10. Bewegungsapparat	
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)	<input type="checkbox"/> 200**;
11. Venen	
11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)	
20. Doppler-Gefäße	
20.1 Extrakranielle hirnvers. Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)*
20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
20.5 Intrakranielle Gefäße (PW)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.6 Extrakranielle hirnvers. Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	<input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (je 50)*
20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100**
20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
21. Herz und herznahe Gefäße	
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	<input type="checkbox"/> 100 (und AB 4.1)
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	<input type="checkbox"/> 50 transkavitär (und AB 4.2)
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	<input type="checkbox"/> 500 (und AB 4.3)

21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	<input type="checkbox"/> 25 transkavitär (und AB 4.4)
Sonstiger Anwendungsbereich: _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ Fälle

Legende:

* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

** Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbstständig durchzuführen.

2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der Ultraschall-Vereinbarung

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders



Stempel des Ausbilders

Anlage IV: Untersuchungszahlennachweis

Bestätigung nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen und Behandlungen gemäß § 14 der Ultraschall-Vereinbarung unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

Ich _____
(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____
(Vor- und Nachname des Antragstellers)

die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung

in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.

Der Antragsteller war ganztätig oder entsprechend teilzeitlich in folgender qualifizierter Einrichtung tätig:

Praxis _____

Abteilung des Krankenhauses _____

Medizinisches Versorgungszentrum _____

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschalluntersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)
Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus) 3. Kopf und Hals 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen) 3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> A-Modus: 100** <input type="checkbox"/> B-Modus: 150** (100)* <input type="checkbox"/> 200**; (50)* <input type="checkbox"/> 200**; (100)*
4. Herz und herznahe Gefäße 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	<input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 50 (und AB 4.1) <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 25 (und AB 4.3) <input type="checkbox"/> 100 (und AB 4.1) <input type="checkbox"/> 50 (und AB 4.3)

<p>5. Thorax 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär</p>	<p><input type="checkbox"/> 200; (50)* <input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)</p>
<p>6. Brust 6.1 Brustdrüse</p>	<p><input type="checkbox"/> 200</p>
<p>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 7.1 Abdomen und Retroperitoneum (Jugendl./Erw.), transkutan 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum) 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm) 7.4 Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Jugendl.), transkutan</p>	<p><input type="checkbox"/> 400; (300)* <input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)* <input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)* <input type="checkbox"/> 400; bei AB 7.1 200; (200)*</p>
<p>8. Uro-Genitalorgane 8.1 Uro-Genitalorgane (transkutan) 8.2 Uro-Genitalorgane (transkavitär) 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus</p>	<p><input type="checkbox"/> 400**; bei AB 7.1 200; (300)* <input type="checkbox"/> 150 (und AB 8.1) <input type="checkbox"/> 300 (einschl. Endosonographie) (200)*</p>
<p>9. Schwangerschaftsdiagnostik 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus</p>	<p><input type="checkbox"/> 300 (der uteroplazento-fetalen Einheit)</p>
<p>10. Bewegungsapparat 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)</p>	<p><input type="checkbox"/> 400**; (200)*</p>
<p>11. Venen 11.1 Venen der Extremitäten</p>	<p><input type="checkbox"/> 200; (100)*</p>
<p>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus) 20. Doppler-Gefäße 20.1 Extrakranielle hirnv. Gefäße (CW) 20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (CW) 20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße (CW) 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW) 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW) 20.5 Intrakranielle Gefäße (PW) 20.6 Extrakranielle hirnv. Gefäße (Duplex) 20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex) 20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex) 20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße (Duplex) 20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex) 20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)</p>	<p><input type="checkbox"/> 200**; (50)* <input type="checkbox"/> 200 (je 100 Arterien und Venen)**; (100)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 200**; (100)* <input type="checkbox"/> 200**; (100)* <input type="checkbox"/> 200**; (100)* <input type="checkbox"/> 200**; (50)* <input type="checkbox"/> 100 (und AB 20.5)**; (50)* <input type="checkbox"/> 400 (je 200 Arterien und Venen)**; (je 50)* <input type="checkbox"/> 100**; (50)* <input type="checkbox"/> 200 (und AB 7.1 oder AB 7.4)** <input type="checkbox"/> 200 (und AB 8.3)**; (100)*</p>
<p>21. Herz und herznahe Gefäße 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal</p>	<p><input type="checkbox"/> 200 (und AB 4.1) <input type="checkbox"/> 50 transkavitär (und AB 4.2)</p>

21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	<input type="checkbox"/> 500 (und AB 4.3)
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	<input type="checkbox"/> 25 transkavitär (und AB 4.4)
Sonstiger Anwendungsbereich: _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ Fälle

Legende:

* Reduktion der nachzuweisenden Untersuchungszahlen bei Nachweis der Qualifikation in einem anderen Verfahren (gleicher Modus) bei ggf. gleichzeitiger Reduktion der notwendigen Dauer der ständigen Tätigkeit gem. § 5.

** Anrechnung der doppelten Anzahl der nachgewiesenen Untersuchungszahlen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, sofern nicht die reduzierte Anzahl an Untersuchungszahlen gefordert ist.

Das Krankheitsgut der Einrichtung sowie die erlernten Techniken und Untersuchungen bilden die bestätigten Anwendungsbereiche ab.

Der Antragsteller ist in der Lage, die Untersuchungen für die oben bestätigten Anwendungsbereiche selbstständig durchzuführen.

2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der Ultraschall-Vereinbarung

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders



Stempel des Ausbilders