

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](mailto:Sono-GWE@KVB.de)

### Antrag eines Facharztes für Diagnostische Radiologie

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

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

2. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

3. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

4. **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Abweichender Leistungsort (ausgelagerter Praxisraum)

Wenn die Beantragung für einen **ausgelagerten Praxisraum** erfolgt, bitte die Adresse angeben:

\_\_\_\_\_  
(Name der Praxis / Einrichtung (falls abweichend vom Antragsteller))

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ich versichere, dass die Wegezeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisraum maximal 30 Minuten beträgt.

Die Leistungen werden

ausschließlich im ausgelagerten Praxisraum erbracht.

im ausgelagerten Praxisraum und am Vertragsarztsitz erbracht.

**2. Antragswünsche**

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Anwendungsbereiche:

**Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)**

**1. Gehirn**

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle

**3. Kopf und Hals**

3.1 Nasennebenhöhlen

mittels A-Modus

mittels B-Modus

3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen)

3.3 Schilddrüse

**5. Thorax**

5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan

5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär

**6. Brustdrüse**

6.1 Brustdrüse

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

- 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan
- 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär, (Rektum)
- 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär, (Magen-Darm)
- 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan

**8. Uro-Genitalorgane**

- 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan
- 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär
- 8.3 Weibliche Genitalorgane

**10. Bewegungsapparat**

- 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)
- 10.2 Säuglingshöften

**11. Venen**

- 11.1 Venen der Extremitäten (B-Modus)

**Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)**

**20. Doppler-Gefäße**

**CW-Doppler-Verfahren**

- 20.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.2 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)
- 20.3 Extremitätenentsorgende Gefäße
- 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems

**PW-Doppler-Verfahren**

- 20.4 Gefäße des männlichen Genitalsystems
- 20.5 Intrakranielle Gefäße

**Duplex-Verfahren**

- 20.6 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
- 20.7 Intrakranielle Gefäße
- 20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen)
- 20.9 Extremitätenentsorgende Gefäße
- 20.10 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- 20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems

### 3. Fachliche Nachweise

Wählen Sie aus, wie die Qualifikation zur Durchführung der zuvor beantragten Ultraschalleistungen erworben wurde und wie die erforderlichen Untersuchungszahlen je beantragtem Anwendungsbereich nachgewiesen werden. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Bitte fügen Sie Ihre Facharztanerkennung in Kopie bei, falls diese der KVB noch nicht vorliegt.

#### § 4 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung

- Weiterbildungsnachweise (Facharzturkunde, Auszug Untersuchungszahlen aus Logbuch, Zeugnis, fachliche Befähigung)
  - Die Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik wurde nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer erworben.

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

- Tätigkeitsnachweis (Zeugnis)
  - Die Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik wurde in einer mindestens 18-monatigen ganztägigen Tätigkeit oder entsprechenden teilzeitlichen Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst, erworben.
- Kolloquium
  - Mir ist bekannt, dass bei Erwerb der Berechtigung zur Ultraschalldiagnostik nach § 5 USV, die fachliche Befähigung durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem gebührenpflichtigen Kolloquium abschließend nachzuweisen ist (vgl. § 5 Abs. 1 Buchst. c und § 14 Abs. 6 USV). Hierfür fallen Gebühren an, die Sie der Gebührenordnung der KVB entnehmen können.

#### § 6 bzw. § 7 USV - Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse bzw. durch eine computergestützte Fortbildung i. V. m. Ultraschallkursen

- Nachweise Ultraschallkurse
  - Nachweise der erfolgreichen Teilnahme an den Ultraschallkursen Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs unter Anleitung eines nach § 8 Buchstabe c der USV qualifizierten Arztes (Kursleiter).
- Kolloquium

Mir ist bekannt, dass bei Erwerb der Berechtigung zur Ultraschalldiagnostik nach § 6 USV, die fachliche Befähigung durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem gebührenpflichtigen Kolloquium abschließend nachzuweisen ist (vgl. § 6 Abs. 1 Buchst. c und § 14 Abs. 6 USV). Hierfür fallen Gebühren an, die Sie der Gebührenordnung der KVB entnehmen können.
- Nachweise computergestützte Fortbildung nach § 7 USV
  - Alternativ kann zum theoretischen Teil des Abschlusskurses eine erfolgreiche computergestützte Fortbildung (Tutorial) durchgeführt werden.

Fügen Sie Untersuchungszahlennachweise hinzu, falls diese nicht in den fachlichen Nachweisen enthalten sind:

#### Untersuchungszahlennachweis

- Nachweis der erforderlichen Untersuchungszahlen (Untersuchungszahlennachweis oder Zeugnis), die unter Anleitung eines nach § 8 der USV qualifizierten Arztes stattgefunden haben.

#### 4. Gerätenachweise

Bitte geben Sie nur Geräte an, welche Sie vertragsärztlich nutzen wollen. Bitte erfassen Sie auch CW-Dopplengeräte (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Geräte):

<p>1. Hersteller, Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr, Schallkopfbezeichnung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wenn Sie ein <b>portables Gerät</b> besitzen und dies an mehreren Standorten einsetzen, tragen Sie bitte im Folgenden die Standorte/BSNR ein:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Standort des Geräts:</p> <p><b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Portables Gerät</p> <p><input type="checkbox"/> Apparategemeinschaft</p>
<p>2. Hersteller, Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr, Schallkopfbezeichnung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wenn Sie ein <b>portables Gerät</b> besitzen und dies an mehreren Standorten einsetzen, tragen Sie bitte im Folgenden die Standorte/BSNR ein:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Standort des Geräts:</p> <p><b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Portables Gerät</p> <p><input type="checkbox"/> Apparategemeinschaft</p>
<p>3. Hersteller, Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr, Schallkopfbezeichnung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wenn Sie ein <b>portables Gerät</b> besitzen und dies an mehreren Standorten einsetzen, tragen Sie bitte im Folgenden die Standorte/BSNR ein:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Standort des Geräts:</p> <p><b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Portables Gerät</p> <p><input type="checkbox"/> Apparategemeinschaft</p>
<p>4. Hersteller, Gerätebezeichnung, Gerätenummer, Baujahr, Schallkopfbezeichnung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wenn Sie ein <b>portables Gerät</b> besitzen und dies an mehreren Standorten einsetzen, tragen Sie bitte im Folgenden die Standorte/BSNR ein:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Standort des Geräts:</p> <p><b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Portables Gerät</p> <p><input type="checkbox"/> Apparategemeinschaft</p>

### Apparategemeinschaft

**nein**

**ja**, Betreiber des Gerätes:

\_\_\_\_\_


(Titel, Vorname, Nachname des Betreibers)

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

- Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung wird **pro Gerät** eine **Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt (vgl. § 9 i. V. m. Anlage III USV und § 14 Abs. 3 Nr. 2 USV).  
Bitte beachten Sie, dass für Endosonografiesonden zusätzliche Angaben zur Hygiene erforderlich sind, die vom Hersteller bzw. Gerätevertreiber in der Gewährleistungserklärung bestätigt werden müssen.
- Für Ultraschallsysteme, die in Kombination mit mobilen Endgeräten (z. B. Schallköpfe, die über eine App mit einem Smartphone oder Tablet gekoppelt sind) genutzt werden, wird die vollständig ausgefüllte Anlage **Ultraschallsysteme mit mobilen Endgeräten** vorgelegt. In dieser Anlage bestätigt der Hersteller, dass alle Komponenten des Systems den gesetzlichen Bestimmungen, wie des Medizinprodukterechtes sowie den geltenden Datenschutzbestimmungen genügt.
- Für Ultraschallsysteme, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits länger als 24 Monate in Betrieb waren („**Gebrauchtgeräte**“), wird zusätzlich ein **Wartungsprotokoll** vorgelegt (vgl. § 9 Abs. 2 USV), das nicht älter als 12 Monate ist und die Anforderungen erfüllt (vgl. § 13 Abs. 9 USV).
- Einweisung in die Handhabung des Gerätes**  
Ich bestätige, dass vor der Erstinbetriebnahme eine Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Ultraschallsystems durch den Hersteller anhand der Gebrauchsanweisung, der beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen sowie der Instandhaltungshinweise erfolgt ist. Falls Endosonografiesonden zur Anwendung kommen, sind in die Einweisung überdies die Hinweise zu deren Aufbereitung einzubeziehen. Die Einweisung ist unter Angabe des Namens der einweisenden Person schriftlich zu dokumentieren (§ 4 Abs. 3 MPBetreibV, § 9 Abs. 3 USV).
- Praxisbegehung**  
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die KVB die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage III USV entsprechen. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt (vgl. § 14 Abs. 5 USV).


**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie der beigefügten Anlagen 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. Die Antragstellung allein berechtigt weder zur Durchführung noch zur Abrechnung der beantragten Leistung.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Bitte senden Sie uns ausschließlich Kopien zu.


- 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.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

## Checkliste

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!

<b>Notwendige Angaben</b>	<b>erfüllt</b>
Wurden alle <b>Anwendungsbereiche</b> , die beantragt werden sollen, angekreuzt?	<input type="checkbox"/>
Wurden alle <b>Betriebsstätten</b> , an denen die beantragten sonographischen Leistungen erbracht werden sollen, aufgelistet?	<input type="checkbox"/>
Wurden die erforderlichen <b>Voraussetzungen</b> durch Ankreuzen bestätigt?	<input type="checkbox"/>
Wurden die erforderlichen <b>Unterschriften</b> geleistet (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt)?	<input type="checkbox"/>
<b>Einzureichende Unterlagen (in Kopien)</b>	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
1) Urkunde Facharztanerkennung in Kopie	<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"/>
3) Ggf. Zertifikate über die Teilnahme an Ultraschallkursen/computergestützter Fortbildung (bei fachlicher Befähigung nach § 6 USV)	<input type="checkbox"/>
4) Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Gerät	<input type="checkbox"/>
5) Ggf. Wartungsprotokoll bei Gebrauchtgeräten (> 24 Mon. in Betrieb)	<input type="checkbox"/>
6) Ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>
<b>Information bzgl. nachfolgender Schritte</b>	
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	



## Genehmigungsantrag – Anhang



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir 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.

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 mitzuunterzeichnen. 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 USV ist auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufbar.

## Anlage I – Untersuchungszahlennachweis

### Bestätigung nach § 4 (Weiterbildungsordnung (WBO))

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

Ich \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)

bestätige, 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 Ultraschall-Untersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach § 4 USV (nach der WBO)
<b>Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)</b>	
<b>1. Gehirn</b>	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	<input type="checkbox"/> 100
<b>3. Kopf und Hals</b>	
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)	<input type="checkbox"/> 100**; (50)*
3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> 150**; (100)*
<b>5. Thorax</b>	
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	<input type="checkbox"/> 100; (50)*
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)
<b>6. Brust</b>	
6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/> 200; (150)*
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>	
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)*
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>	
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)*
<b>10. Bewegungsapparat</b>	
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)	<input type="checkbox"/> 200**

10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200
<b>11. Venen</b>	
11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
<b>20. Doppler-Gefäße</b>	
20.1 Extrakranielle hirnvors. 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 hirnvors. 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)*

**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 selbständig durchzuführen.

**2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes**

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der USV

Ort, Datum

Unterschrift des Anleiters / Ausbilders 

Stempel des Ausbilders

## Anlage II – Untersuchungszahlennachweis

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

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

<input type="checkbox"/> Ich _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des anleitenden Arztes)</div> <p>bestätige, dass Herr/Frau _____  <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des Antragstellers)</div> <p>die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen selbständig unter meiner Anleitung  <p>in der Zeit vom _____ bis _____ durchgeführt hat.</p> <p>Der Antragsteller war ganztätig oder entsprechend teilzeitlich in folgender qualifizierter Einrichtung tätig:</p> <input type="checkbox"/> Praxis _____  <input type="checkbox"/> Abteilung des Krankenhauses _____  <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum _____ </p></p>
---

#### 1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Ultraschalluntersuchungen

Anwendungsbereich	Untersuchungszahlen nach §§ 5, 6 USV (ständige Tätigkeit, Ultraschallkurse)
<b>Bildgebende Verfahren (A-, B-, M-Modus)</b>	
<b>1. Gehirn</b>	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	<input type="checkbox"/> 150
<b>3. Kopf und Hals</b>	
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	<input type="checkbox"/> A-Modus: 100** B-Modus: 150** (100)*
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)*
3.3 Schilddrüse	<input type="checkbox"/> 200**; (100)*
<b>5. Thorax</b>	
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan	<input type="checkbox"/> 200; (50)*
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 5.1)
<b>6. Brust</b>	
6.1 Brustdrüse	<input type="checkbox"/> 200
<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>	
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); (300 AB 7.1 und 25)*
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm)	<input type="checkbox"/> 25 (und AB 7.1); (300 AB 7.1 und 25)*

7.4 Abdomen und Retroperitoneum (Neugeb./Säugl./Kinder/Kleinkinder/Jugendl.), transkutan	<input type="checkbox"/> 400; bei AB 7.1 200; (200)*
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>	
8.1 Uro-Genitalorgane (transkutan)	<input type="checkbox"/> 400**; bei AB 7.1 200; (300)*
8.2 Uro-Genitalorgane (transkavitär)	<input type="checkbox"/> 150 (und AB 8.1)
8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	<input type="checkbox"/> 300 (einschl. Endosonographie) (200)*
<b>10. Bewegungsapparat</b>	
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	<input type="checkbox"/> 400**; (200)*
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	<input type="checkbox"/> 200
<b>11. Venen</b>	
11.1 Venen der Extremitäten	<input type="checkbox"/> 200; (100)*
<b>Doppler-Verfahren (CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Modus)</b>	
<b>20. Doppler-Gefäße</b>	
20.1 Extrakranielle hirnvors. Gefäße (CW)	<input type="checkbox"/> 200**; (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"/> 200**; (100)*
20.6 Extrakranielle hirnvors. Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200**; (50)*
20.7 Intrakranielle Gefäße (Duplex)	<input type="checkbox"/> 100 (und AB 20.5)**; (50)*
20.8 Extremitätenver-/entsorgende Gefäße (Arterien/Venen - Duplex)	<input type="checkbox"/> 400 (je 200 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"/> 200 (und AB 7.1 oder AB 7.4)**
20.11 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex)	<input type="checkbox"/> 200 (und AB 8.3)**; (100)*

**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 selbständig durchzuführen.

## 2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

- Als anleitender Arzt **verfüge ich über die Weiterbildungsbefugnis** nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer bzw. über eine Anleiteranerkennung gemäß § 8 der USV

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anleiters / Ausbilders 

Stempel des Ausbilders