

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Team Sonographie
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Anerkennung als zur Anleitung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierter Arzt** gemäß § 8 der Ultraschallvereinbarung vom 31.10.2008

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigtter 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	

2. Beantragung

Beantragt wird die **Anerkennung als zur Anleitung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierter Arzt**. Die Inhalte der Tätigkeit hängen dabei von der Wahrnehmung der Aufgaben nach §§ 4-6 Ultraschallvereinbarung ab und werden in dem von der KVB auszustellenden Bescheid explizit und abschließend aufgelistet.

Beantragt wird im Sinne oben genannter Vereinbarung die Tätigkeit als

- Arzt, der **alle folgenden Voraussetzungen** erfüllt (zur Anleitung nach §§ 4-6)
- Nachweis über abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt
 - Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung für den jeweiligen Anwendungsbereich
 - Mindestens 36-monatige eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich der Ultraschalldiagnostik
 - 10-fache Zahl der in der Anlage Spalte 4 für den jeweiligen Anwendungsbereich geforderten Untersuchungszahlen (vgl. Anlage zu diesem Antrag)


Ich 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 denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte 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 diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

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!

Checkliste bzgl. notwendiger Angaben	erfüllt	
Wurden in der Anlage die Mindestanzahlen für alle Anwendungsbereiche, die beantragt werden sollen, eingetragen?	<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"/>	
Checkliste bzgl. einzureichender Unterlagen	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde Facharztanerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ausgefüllte Anlage	<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		

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, 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.

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 Ultraschallvereinbarung ist unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/u/> abrufbar.

Anlage

zum Antrag auf Anerkennung als zur Anleitung in der Ultraschalldiagnostik qualifizierter Arzt

Hiermit bestätige ich, dass ich nachfolgende sonographische Untersuchungen in der genannten Mindestanzahl selbstständig durchgeführt habe (zutreffende Felder bitte ausfüllen):

1. Gehirn

1.1 Mindestens _____ sonographische Untersuchungen des **Gehirns durch die offene Fontanelle** (AB 1.1) im B-Modus-Verfahren

2. Auge

2.1 Mindestens _____ **Sonographien des gesamten Auges**, davon _____ Untersuchungen zur Gewebedarstellung, _____ Biometrien der Achsenlänge und _____ Hornhautdickemessungen im **A-Modus und/oder** mindestens _____ **Sonographien des gesamten Auges**, davon _____ Untersuchungen zur Gewebedarstellung, _____ Biometrien der Achsenlänge und _____ Hornhautdickemessungen **im B-Modus** (AB 2.1).

2.2 Mindestens _____ **Biometrien des Auges** im

- A-Modus
 A-Modus (und gleichzeitiger Laufzeitmessung)

und _____ **Messungen der Hornhautdicke des Auges (Pachymetrie)** im

- A-Modus
 B-Modus

3. Kopf und Hals

3.1 Mindestens _____ **Sonographien der Nasennebenhöhlen im A-Modus** Verfahren **und/oder** mindestens _____ **Sonographien der Nasennebenhöhlen** im B-Modus Verfahren

3.2 Mindestens _____ Sonographien der **Gesichts- und Halsweichteile** im B-Modus-Verfahren (AB 3.2)

3.3 Mindestens _____ Sonographien der **Schilddrüse** im B-Modus-Verfahren (AB 3.3)

4. Herz und herznahe Gefäße

- 4.1 Mindestens _____ **transthorakale Echokardiographien oder** _____ **Belastungsechokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.2 und zus. zu den Voraussetzungen nach 4.1 mindestens _____ **transoesophageale Echokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.3 Mindestens _____ **transthorakale Echokardiographien oder** _____ **Belastungsechokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.4 und zus. zu den Voraussetzungen nach 4.3 mindestens _____ **transoesophageale Echokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B mit M-Modus Verfahren
- 4.5 Zusätzlich zu den Anforderungen nach 4.1 mindestens _____ **Belastungsechokardiographien** bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Modus mit M-Modus Verfahren selbstständig
- 4.6 Zusätzlich zu den Anforderungen nach 4.3 mindestens _____ **Belastungsechokardiographien** bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im B-Modus mit M-Modus Verfahren

5. Thorax

- 5.1 Mindestens _____ **transkutane Sonographien der Thoraxorgane** (ohne Herz) im B-Modus-Verfahren
- 5.2 Zusätzlich zu den Vorgaben nach Punkt 5.1 mindestens _____ **transkavitäre B-Modus Sonographien der Thoraxorgane** (ohne Herz)

6. Brustdrüse

- 6.1 Mindestens _____ Sonographien der **Brustdrüse** im B-Modus-Verfahren

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

- 7.1 Mindestens _____ transkutane Sonographien von **Abdomen und Retroperitoneum** (einschl. Nieren) bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Modus Verfahren
- 7.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 7.1 _____ **transkavitäre Endosonographien (Rektum)** im B-Modus Verfahren
- 7.3 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 7.1 _____ **transkavitäre Endosonographien (Magen-Darm)** im B-Modus Verfahren
- 7.4 Mindestens _____ transkutane Sonographien von **Abdomen und Retroperitoneum** (einschl. Nieren) bei Neugeborenen/Säuglingen/Kleinkindern/Kindern/Jugendlichen im B-Modus Verfahren

8. **Uro-Genitalorgane**

- 8.1 Mindestens _____ **transkutane Sonographien der Uro-Genitalorgane** im B-Modus-Verfahren
- 8.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 8.1 _____ **transkavitäre Sonographien der Uro-Genitalorgane** im B-Modus Verfahren
- 8.3 Mindestens _____ Sonographien der **weiblichen Genitalorgane** im B-Modus Verfahren (**einschl. Endosonographie**)

9. **Schwangerschaftsdiagnostik**

- 9.1 Mindestens _____ Sonographien der **utero-plazento-fetalen** Einheit im B-Modus Verfahren
- 9.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 9.1 _____ **weiterführende differentialdiagnostische Sonographien** im B-Modus bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder erhöhtes Risiko, davon _____ Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen

10. **Bewegungsapparat**

- 10.1 Mindestens _____ Sonographien des **Bewegungsapparates (ohne Säuglingshüfte)** im B-Modus Verfahren
- 10.2 Mindestens _____ Sonographien der **Säuglingshüfte** im B-Modus Verfahren

11. Venen

11.1 Mindestens _____ Sonographien der Venen der **Extremitäten im B-Modus-Verfahren**

12. Haut und Subkutis

12.1 Mindestens _____ **Sonographien der Haut** im B-Modus Verfahren

12.2 Mindestens _____ **Sonographien der Haut und/oder Subcutis** im B-Modus Verfahren

20. Doppler - Gefäße

20.1 Mindestens _____ **CW-Doppler-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.2 Mindestens _____ **CW-Doppler-Sonographien der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße**, davon _____ Arterien und _____ Venen.

20.3 Mindestens _____ **CW-Doppler-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.4 Mindestens _____ **CW-Doppler** oder _____ **PW-Doppler-Sonographien der Gefäße des männlichen Genitalsystems**

20.5 Mindestens _____ **PW-Doppler** Verfahren der **intrakraniellen Gefäße**

20.6 Mindestens _____ **Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.7 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 20.5 _____ **Duplex-Sonographien der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**

20.8 Mindestens _____ **Duplex-Sonographien der extremitätenversorgenden Gefäße** und _____ **Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.9 Mindestens _____ **Duplex-Sonographien der extremitätenentsorgenden Gefäße**

20.10 Zusätzlich zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Punkt 7.1 und 7.4 mindestens _____ **Duplex-Sonographien der abdominalen und retroperitonealen Gefäße sowie des Mediastinums**

20.11 Zusätzlich zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Punkt 8.3 mindestens _____
Duplex-Sonographien des weiblichen Genitalsystems

21. Doppler – Herz und herznahe Gefäße

21.1 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.1 mindestens _____ **transthorakale Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei Jugendlichen/Erwachsenen

21.2 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.2 mindestens _____ **transkavitäre Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei Jugendlichen/Erwachsenen

21.3 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.3 mindestens _____ **transthorakale Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei **Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen**


21.4 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 4.4 mindestens _____ **transkavitäre Doppler-Echokardiographien** (einschl. Duplex) bei **Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen**

22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

22.1 Zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt 9.2 mindestens _____ **Duplex-Sonographien des fetalen kardiovaskulären Systems**, davon mindestens _____ pathologische Fälle

22.2 Mindestens _____ **Duplex-Sonographien des feto-maternalen Gefäßsystems**, davon mindestens _____ pathologische Fälle

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller