

Apparatemeldung und Gewährleistungserklärung in der Ultraschalldiagnostik

Wichtige Hinweise

Jedes in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzte Ultraschallsystem muss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet werden. Dies erfolgt über die nachstehenden Formblätter „Apparatemeldung“ und „Gewährleistungserklärung“ - Ultraschalldiagnostik.

Vertragsärztliche Nichtnutzung von Ultraschallsystemen

Bitte vermerken Sie handschriftlich auf Seite 5 (Gewährleistungserklärung), sollten Sie Ultraschallsysteme vertragsärztlich nicht nutzen.

Kontrolle der bestätigten Anwendungsklassen

Bitte kontrollieren Sie vor der Apparatemeldung an die KV die auf der Gewährleistung bestätigten Anwendungsklassen. Diese sollten in vollem Umfang, wie mit Ihrem Vertreter besprochen, angegeben sein.

Neues ersetzendes oder zusätzliches Ultraschallsystem?

Bitte geben Sie **alle** Ultraschallsysteme an, die ersetzt werden.

Wird das neue Ultraschallsystem zusätzlich zu bestehenden eingesetzt, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Sollten zusätzlich zu dem Neugerät auch weiterhin alte Geräte an dem Standort genutzt werden, empfehlen wir die Einreichung einer Übersicht.

PW/CW-Doppler?

Ersetzt ein B-Modus Ultraschallsystem ein B-Modus Ultraschallsystem, vermerken Sie bitte, dass das PW/CW-System weiterhin an Ihrer Betriebsstätte verbleibt.

Genehmigungsbescheid

Sobald Sie den neuen Genehmigungsbescheid erhalten haben, vergewissern Sie sich bitte, ob alle derzeit gültigen Bescheide alle Leistungen beinhalten, die Sie abrechnen möchten

Mindestanforderung an die apparativen Voraussetzungen

Nach § 9 i.V. mit Anlage III der Ultraschallvereinbarung (USV) hat jedes Ultraschallsystem die festgelegten Anforderungen nach der USV, den gesetzlichen Bestimmungen, wie das Medizinproduktegesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Gerätesicherheitsgesetz, sowie die entsprechenden Normen zu erfüllen. In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen nur Ultraschallsysteme verwendet werden, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen.

Hygiene in der Endosonographie

Bitte beachten Sie, dass für nach dem 01.10.2016 angemeldete 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.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Team Sonographie
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Apparatemeldung - Ultraschall Diagnostik (vom Arzt/ Vertretungsberechtigten auszufüllen)

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

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Das neu gemeldete Ultraschallsystem

Name / Gerätetyp

ersetzt

das/die von mir bisher gemeldete(n) A-,B-,M-Modus bzw. Duplex-Ultraschallsystem(e)

Name / Gerätetyp/Bj./Schallkopf (-köpfe)

und/oder

das/die von mir bisher gemeldete(n) PW/CW-Ultraschallsystem(e)

Name / Gerätetyp/Bj./Schallkopf (-köpfe)

wird **zusätzlich** zu den/dem bisher gemeldeten Ultraschallsystem/en eingesetzt.

*Bitte deutliche Kennzeichnung, sollten Sie Ultraschallsysteme vertragsärztlich **nicht** nutzen.

Es verbleiben folgende Ultraschallsysteme:

_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name / Gerätetyp	(sofern mehrere Standorte BSNR)
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name / Gerätetyp	(sofern mehrere Standorte BSNR)
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name / Gerätetyp	(sofern mehrere Standorte BSNR)

Standort des Geräts

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

oder

Das **Gerät ist portabel** und soll in nachfolgenden Standorten eingesetzt werden:

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Die folgenden Kolleginnen und Kollegen in meiner Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ benutzen ebenfalls das/die gemeldete/n Ultraschallsystem/e:

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

Name _____, **Vorname** _____

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

Name _____, **Vorname** _____

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

Name _____, **Vorname** _____

Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik-
(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Standort des Geräts
BSNR:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Nutzer des Geräts:	Titel, Vorname, Name, LANR:

	Titel, Vorname, Name, LANR:

	Titel, Vorname, Name, LANR:

	Titel, Vorname, Name, LANR:

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme¹ eingesetzt:

Herstellerfirma:	Name Firma:

	Straße, Hausnummer:

	PLZ, Ort:

Geräte-Bezeichnung:	vollständige Herstellerangaben:

Geräte-Nummer:	Seriennummer:

Baujahr:	_____
Auslieferungsdatum:	_____
Schallkopf 1	Typ _____ Frequenz _____
Schallkopf 2	Typ _____ Frequenz _____
Schallkopf 3	Typ _____ Frequenz _____
Schallkopf 4	Typ _____ Frequenz _____
Schallkopf 5	Typ _____ Frequenz _____

¹ Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung die zum 01.04.2009 in Kraft getreten ist, ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i. V. m. Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung (u.a. sind die gesetzlichen Bestimmungen, wie das Medizinproduktegesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Gerätesicherheitsgesetz, sowie die entsprechenden Normen zu beachten. In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen nur Ultraschallsysteme verwendet werden, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen).

Zutreffendes bitte ankreuzen

			erfüllt
1. Gehirn			
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
2. Auge			
AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	B-Modus	<input type="checkbox"/>
3. Kopf und Hals			
AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
4. Herz und herznahe Gefäße			
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
5. Thorax			
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

6. Brustdrüse			erfüllt
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)			
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
8. Uro-Genitalorgane			
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
9. Schwangerschaftsdiagnostik			
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
10. Bewegungsapparat			
AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
11. Venen			
AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
12. Haut und Subkutis			<input type="checkbox"/>
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
20. Doppler-Gefäße			
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>


21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße			erfüllt
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik			
AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>


Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Herstellers/Vertreibers 

Telefonnummer

Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben) 

Stempel Hersteller/Vertreiber