

## Inbetriebnahme einer neuen Röntgeneinrichtung

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

### Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

### Folgende Röntgeneinrichtung/Bestrahlungsgerät wird in Betrieb genommen:

Hersteller: .....

Gerät: .....

Gerätetyp: .....

Standort des Gerätes: .....

BSNR : .....

### Folgende Röntgeneinrichtung/Bestrahlungsgerät wird ausgetauscht:

Hersteller: .....

Gerät: .....

Gerätetyp: .....

Standort des Gerätes: .....

BSNR: .....

**Bei Apparategemeinschaft:**

- Erklärung des Geräteinhabers über die Nutzungsberechtigung ist dem Antrag beigelegt

**Bei Leistungserbringergemeinschaft gem. § 15 Abs. 3 BMV:**

Ausführender Arzt der Leistungserbringergemeinschaft ist: .....

Eine Kopie der vertraglichen Regelungen der Leistungserbringergemeinschaft (finanzielle Regelungen ausgenommen)

- ist dem Antrag beigelegt  
 wird nachgereicht

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 11 i.V.m. § 14 Abs. 2 Nr. 3a QS Strahlendiagnostik und -therapie (QSV) wird die **Anzeigebestätigung** oder die **Bestätigung der Bezirksregierung** über den Betrieb der Röntgeneinrichtung (vgl. § 14 Abs. 2 Nr. 3a QSV)

- dem Antrag beigelegt  
 unverzüglich nachgereicht
- Jede Veränderung an der zugelassenen Röntgeneinrichtung/ am Bestrahlungsgerät sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KV Nordrhein unverzüglich mitgeteilt, vgl. § 14 Abs. 3 QSV. Hierzu gehören auch Geräte- und/oder Standortwechsel.

**Weitere Erklärung:**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, den/die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gem. § 14 Abs. 2 Nr. 3 entsprechen (vgl. § 14 Abs. 4 QSV)

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden.)

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift des Antragstellers/ggf. des anstellenden Arztes

-----  
Vertragsarztstempel

-----  
ggf.  
Unterschrift des angestellten Arztes