

E-Mail: [roentgen@kvno.de](mailto:roentgen@kvno.de)

Fax-Nr. 0211 / 5970 – 33 171

## **Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Weichstrahl- oder Orthovolttherapie**

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

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

### **Praxisanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

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

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit  
\_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
\_\_\_\_\_

Zulassung/Ermächtigung ab: \_\_\_\_\_

**I. Folgende Leistung wird beantragt:**

**25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie**

- GOP 25310 EBM Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

**25.3.4. Bestrahlungsplanung**

- GOP 25340 EBM Bestrahlungsplanung I
- GOP 25345 EBM Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

**II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gem. § 9 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (QSV):**

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der maßgeblichen Facharztbezeichnung für Strahlentherapie (Facharzturkunde in Kopie ist ggf. beigelegt)
- Bescheinigung über die erforderliche Fachkunde nach § 47 StrlSchV und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde (in Kopie beigelegt)

**III. Nachweis der apparativen Voraussetzungen**

Hersteller: .....

Gerät: .....

Gerätetyp: .....

Standort des Gerätes: .....

BSNR (falls bereits bekannt): .....

Hersteller: .....

Gerät: .....

Gerätetyp: .....

Standort des Gerätes: .....

BSNR (falls bereits bekannt): .....

Hersteller: .....

Gerät: .....

Gerätetyp: .....

Standort des Gerätes: .....

BSNR (falls bereits bekannt): .....

**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 § 12 Abs. 1 und 2 i.V.m. § 14 Abs. 2 Nr. 3b) QSV wird**

die Genehmigung der Bezirksregierung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen bzw. Beschleuniger (Betriebs- bzw. Umgangsgenehmigung)

- dem Antrag beigelegt
- unverzüglich nachgereicht
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV dem Antrag beigelegt
- 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.

**IV. Weitere Erklärungen:**

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

Hinweis:  
Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden.  
Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.