



HAUPTSTELLE
Abteilung für Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner/in **Sabine Fink / Beatrix Sydon**
Telefon 0211 / 5970 **8278 / -8035**
Telefax 0211 / 5970 **9278 / -9035 / -8160**
E-Mail sabine.fink@kvno.de
E-Mail beatrix.sydon@kvno.de

**Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung der
Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET)
Diagnostischen Positronenemissionstomographie
mit Computertomographie (PET/CT)
gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT
nach § 135 Abs. 2 SGB V**

Name:
LANR: (wenn bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

BSNR: (wenn bereits bekannt)
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):
.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:
.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:
.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:
.....

I. Folgende Leistungen werden beantragt:

- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET)
EBM-Ziffer 34700
EBM-Ziffer 34702
EBM-Ziffer 34704
EBM-Ziffer 34706

- Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)
EBM-Ziffer 34701
EBM-Ziffer 34703
EBM-Ziffer 34705
EBM-Ziffer 34707

II. Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Das/die vom Hersteller vollständig ausgefüllte(n) und unterschriebene(n) Formular(e) „Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie“ ist/sind dem Antrag beigelegt
wird/werden nachgereicht

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

Folgende Ansprechpartner der zugelassenen Institutionen und Einrichtungen, mit denen eine Kooperation zur Versorgung der betroffenen Patienten erfolgt, stehen zur Verfügung:

1. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-3:

Ansprechpartner der eigenständigen thoraxchirurgischen Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärztin für Thoraxchirurgie oder den unter Absatz 4 genannten thoraxchirurgischen Fachärzten

.....

2. Für Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10:

Ansprechpartner der Fachdisziplin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

.....

3. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10:

Ansprechpartner der Fachdisziplin Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)

.....

4. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10:

Ansprechpartner der Fachdisziplin Strahlentherapie

.....

5. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-5:

Ansprechpartner der Fachdisziplin Onkologie/Pneumologie

.....

6. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10:

Ansprechpartner der Fachdisziplin Pathologie

.....

7. Für Indikationen nach § 1 Nr. 7-8:

Ansprechpartner der Fachdisziplinen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- A) ich die in der Vereinbarung beschriebene Notfallausrüstung nach § 4 Abs.4 (Frischlufbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage, Notfall-Arztkoffer) vorhalte**
- B) die organisatorischen Voraussetzungen nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erfüllt sind (z. B. Zusammensetzung der Teams bei den aufgeführten Indikationen)**
- C) ich, unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht, die ärztliche Dokumentationspflicht nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT einhalte**
- D) ich gegenüber der KV Nordrhein nachweise, dass ich zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten, teilgenommen habe (Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 7)**
- E) ich der KV Nordrhein die Dokumentationen zu durchgeführten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen, auf Anforderung und entsprechend der Vereinbarungsvorgabe, zur Prüfung zur Verfügung stelle (Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT)**
- F) ich mit einer Begehung meiner Praxisräume zur Überprüfung der in Betrieb befindlichen apparativen Gegebenheiten durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte zuständige Qualitätssicherungs-Kommission einverstanden bin. (§ 9 Abs. 4 der der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT). (Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung nicht erteilt werden.)**

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ggf. des anstellenden Arztes

Vertragsarztstempel

**ggf.
Unterschrift des angestellten Arztes**

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z. B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Facharztanerkennung...). Die zuständige Qualitätssicherungs-Kommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung bzgl. einer Genehmigung abgeben.

Anlagen:

- Facharztanerkennung Nuklearmedizin oder Radiologie, sofern der Radiologe nach der für ihn geltenden Weiterbildung berechtigt ist, die PET zu erbringen
- Zeugnis über 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung auf Genehmigung. Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt „Nuklearmedizin“ befugt ist. (Die PET-Untersuchungen können auch ohne Anleitung anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden.)
- Nachweis zu Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z. B. CT oder MRT)
Diese Kenntnisse und Erfahrungen sind zu erwerben durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden.
- Anlage 1 zum Antrag PET-PET/CT - Gewährleistungsgarantie des Herstellers (einschließlich des technischen Datenbogens des Gerätes)
- Anlage 2 zum Antrag PET-PET/CT – Erklärung zur Kooperation mit einem Radiologen gemäß § 3 Abs. 2 der QS-Vereinbarung, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Computertomographien gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie verfügt.
- Betriebserlaubnis bzw. Anzeigenbestätigung der Bezirksregierung für den CT-Anteil bei kombinierten PET/CT-Geräten