



A n t r a g
S t r a h l e n t h e r a p i e
H o c h v o l t t h e r a p i e
B r a c h y t h e r a p i e
B e s t r a h l u n g s p l a n u n g

Name:

LANR: (wenn bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

BSNR: (wenn bereits bekannt)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Folgende Leistungen werden beantragt:

- Hochvolttherapie mit mindestens 1 MeV (Nr. 25.3.2 EBM)

Bestrahlung mit Linearbeschleuniger (gutartige Erkrankungen)

Bestrahlung mit Linearbeschleuniger (bösartige Erkrankungen oder

raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems

- Brachytherapie (Nr. 25.3.3 EBM)

mit umschlossenen Radionukliden

Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

- Bestrahlungsplanung (Nr. 25.3.4 EBM)

ohne Rechnerunterstützung

mit Rechnerunterstützung

mit Rechnerunterstützung für irreguläre Felder

- Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung (Nr. 34.3.6 EBM)

II. 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):

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:

BSNR (falls bereits bekannt):

III. Weitere Erklärungen:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:

- die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, das/die in Betrieb befindliche(n) Gerät(e) daraufhin zu überprüfen, ob es/sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie entspricht/entsprechen (**§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**)

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere K V

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

am erhalten.

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, Fachkundebescheinigung, Facharztanerkennung), die nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie unbedingt vorzulegen sind. Die Vereinbarung können Sie bei Bedarf gerne bei uns anfordern. Die Zentrale Radiologie-Kommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung bzgl. einer Genehmigung abgeben.

Anlagen:

- Facharztanerkennung
- Facharzt- bzw. Weiterbildungszeugnis
- Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- Genehmigung der Bezirksregierung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen bzw. Beschleuniger
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV
- ggf. Fachkunde im Strahlenschutz für den Bereich Computertomographie bzw. für die Bestrahlungsplanung mit CT
- ggf. Betriebserlaubnis/Anzeigenbestätigung für den Computertomographen von der Bezirksregierung personenbezogen oder praxisbezogen und Kopie der Anzeige bei der Bezirksregierung
- ggf. aktueller Sachverständigenprüfbericht
- ggf. Schreiben der Ärztlichen Stelle über das Ergebnis der letzten Qualitätskontrolle

- ggf. Genehmigung der KV Nordrhein zum Führen einer Zweigpraxis
- ggf. Bestätigung der KV Nordrhein über die Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils