

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
CoC Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39

80687 München

Arztadresse/-stempel

**Antrag eines Facharztes für \_\_\_\_\_**  
**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschall-Untersuchungen**  
**im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**  
**gemäß den Bestimmungen der Ultraschall-Vereinbarung \***

**WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG**

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.  
Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

ANR: \_\_\_\_\_ UND – soweit bereits vergeben: LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH)

Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ Vertragsarzt / leitender Arzt  
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)  
seit/ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift Telefonnummer

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**

Name, Vorname des anstellenden Arztes: \_\_\_\_\_

ANR: \_\_\_\_\_ UND – soweit bereits vergeben: LANR: \_\_\_\_\_  
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes: \_\_\_\_\_

ANR: \_\_\_\_\_ UND – soweit bereits vergeben: LANR: \_\_\_\_\_  
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ \_\_\_\_\_ angestellter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: \_\_\_\_\_

**Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
soweit bereits vergeben: BSNR: \_\_\_\_\_ (Betriebsstättennummer)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
soweit bereits vergeben: BSNR: \_\_\_\_\_ (Betriebsstättennummer)

**Beantragt wird die Genehmigung für folgende Anwendungsbereiche:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\* Die nachfolgenden Paragraphen beziehen sich auf diese Vereinbarung

**§ 4 Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung**

Die Weiterbildung in der Ultraschalldiagnostik für den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten hat nach der Weiterbildungsordnung im Fachgebiet \_\_\_\_\_ stattgefunden.

- Ich erfülle die Voraussetzungen nach § 4 und habe die fachliche Befähigung durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse gemäß § 11 Abs. 1 nachgewiesen.

**§ 5 Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen oder begleitenden Tätigkeit**

Die erforderlichen Kenntnisse wurden erworben durch eine

- mindestens 4-monatige ständige Tätigkeit unter Anleitung bei einem zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung entsprechend ermächtigten Arzt oder bei einem gemäß § 7 in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt.

oder

- mindestens 24-monatige begleitende Tätigkeit unter Anleitung bei einem zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung entsprechend ermächtigten Arzt oder bei einem gemäß § 7 in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Arzt.
- Ich erfülle die in § 5 Abs. 2 genannten Anforderungen und gegebenenfalls Zusatzanforderungen für den jeweiligen Anwendungsbereich.
- Ich erfülle die Voraussetzungen nach § 5 und weise meine fachliche Befähigung durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse gemäß § 11 Abs. 1 nach.
- Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen die fachliche Befähigung in einem Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4 abschließend nachzuweisen ist.

**§ 6 Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse**

Die erforderlichen Kenntnisse wurden erworben durch Teilnahme an Kursen, die unter Leitung eines gemäß § 7 a-d (Qualifikation der Ausbilder) in der Ultraschalldiagnostik qualifizierten Ausbilders stattgefunden haben und zwar

- Grundkurs vom ..... bis ..... bei .....
- Aufbaukurs vom ..... bis ..... bei .....
- Abschlusskurs vom ..... bis ..... bei .....
- Nachweis der in § 5 genannten Untersuchungszahlen unter Anleitung eines gemäß § 7 qualifizierten Ausbilders

oder

- eines Arztes, der die Berechtigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung des jeweils in § 5 genannten Anwendungsbereiches besitzt

oder

- bei einem zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung entsprechend ermächtigten Arztes
- Nachweis der in § 5 ausgeführten Zusatzanforderungen im jeweiligen Anwendungsbereich
- Mir ist bekannt, dass nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen die fachliche Befähigung in einem Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4 abschließend nachzuweisen ist.
- Mir ist bekannt, dass für das Kolloquium die Vorlage von 40 Befunddokumentationen, davon 20 pathologische Befunde, vorzulegen sind. Diese sind dem Antrag mit einer Erklärung beigelegt.

### Angaben zur apparativen Ausstattung des Untersuchungsgerätes

Für die Durchführung von ultraschalldiagnostischen Untersuchungen benütze ich folgendes Gerät:

Standort des Gerätes

**(BSNR):** \_\_\_\_\_

Bilddokumentation: \_\_\_\_\_

Gemeinsame Apparaturbenutzung:

nein  ja

mit \_\_\_\_\_

**Sollten Sie an mehreren Betriebsstätten Geräte nutzen, bitten wir Sie, eine Aufstellung beizufügen, welches Gerät an welcher Betriebsstätte durch Sie genutzt wird.**

Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns die Sonographie-Kommission beauftragen kann, die in Betrieb befindlichen Ultraschallgeräte daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung entsprechen (§ 9 Abs. 4).

Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung einer solchen Überprüfung einverstanden wäre.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

#### **Wichtiger Hinweis:**

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers /  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Zusätzlich bei Medizinischem Versorgungszentrum  
oder beim Vertragsarzt angestellter Arzt:*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des(r) Leiter(s) des MVZ /  
Unterschrift anstellender Arzt