

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-394/ -421/ -729
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik

gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom 31.10.2008 in der jeweils gültigen Fassung

| | |
|--|---|
| Antragsteller | Leistungserbringer |
| _____ | _____ |
| Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte | sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt |

| | |
|--|---|
| Betriebsstättennummer (BSNR) | <input type="text"/> |
| Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG |
| | _____ |
| | Name des Krankenhauses |

| | |
|---|-------------------------------|
| Facharztbezeichnung (ggf. Schwerpunktbezeichnung): | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt | Leistungserbringer |
| Grund der Antragstellung | |
| <input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin) <input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs | |
| Genehmigung beantragt zum | _____ |
| | Datum |
| Zulassungsbeschluss der Sitzung vom | _____ |
| | Sitzungsdatum, sofern bekannt |

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistungsort und Ultraschallsystem

Bei weiteren Leistungsorten und Ultraschallsystemen fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Betriebsstätte

Adresse

Nebenbetriebsstätte 1

Nebenbetriebsstättennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse

Nebenbetriebsstätte 2

Nebenbetriebsstättennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse

ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bescheid der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt
- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigelegt

Bitte beachten Sie, dass die Mitnutzung eines Ultraschallsystems ein vom Eigentümer gesondert ausgefülltes Formular >>Bestätigung über eine Apparategemeinschaft<< erfordert.

Adresse

| Ultraschallsystem | Hersteller | Gerätetyp (genaue Bezeichnung) | Datum der Inbetriebnahme | Baujahr |
|---|------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------|
| Betriebsstätte | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Nebenbetriebsstätte 1 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Nebenbetriebsstätte 2 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis | | | | |
| Apparategemeinschaft | | | | |

Bei baugleichen Geräten bitte die Seriennummern angeben.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist.

Fachliche Nachweise gemäß Abschnitt B der Ultraschall-Vereinbarung

- Facharzturkunde
- ggf. Teilgebietsanerkennung/Schwerpunktbezeichnung, Fachkunde der Ärztekammer über Ultraschall-Leistungen u. ä.
- Einverständniserklärung für das Einholen von Informationen über die maßgebliche Weiterbildungsordnung bei der zuständigen Landesärztekammer
- Nachweis(e) für den/die begehrten Anwendungsbereiche/-klassen, inkl. der Mindestanforderung der Richtzahl/en gem. Anlage I (Facharztzeugnis und/oder Logbuch, Bescheinigungen und/oder Kursbescheinigungen)

Apparative Nachweise gemäß Abschnitt C der Ultraschall-Vereinbarung

- Nachweis über die Einweisung in die medizinische Handhabung des Gerätes/ der Geräte

Bei Inbetriebnahme des Gerätes vor weniger als 24 Monaten

- Gewährleistungserklärung des Herstellers/Vertreibers

Bei Inbetriebnahme des Gerätes vor mehr als 24 Monaten

- Gewährleistungserklärung des Herstellers/Vertreibers i. V. m. einem Wartungsprotokoll - nicht älter als 12 Monate, dass eine messtechnische Funktionsprüfung beinhaltet und hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

oder

- Gewährleistungserklärung des Herstellers/Vertreibers i. V. m. der Vorlage einer aktuellen Bilddokumentation je Schallkopf im B-Modus und/oder Duplex-Verfahren nicht älter als 3 Monate (Untersuchungsdatum) für eine bildbasierte Abnahmeprüfung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gerätes.

Bei erstmaliger Inbetriebnahme von Endosonden

- Gewährleistungserklärung des Herstellers/Vertreibers einschließlich der Bestätigung eines wirksamen Desinfektionsverfahrens



Anwendungsbereiche (AB) und Anwendungsklassen (AK)

Unabhängig von der Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen der begehrten Ultraschall-Leistungen wählen Sie bitte die Anwendungsbereiche und -klassen aus, die zum Kern des Fachgebietes sowie zur haus- oder fachärztlichen Versorgung gehören.

| |
|---|
| Gehirn |
| AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle |
| <input type="checkbox"/> AK 1.1 Schädel durch die offene Fontanelle, B-Modus, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder |
| Auge |
| AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges |
| <input type="checkbox"/> AK 2.1 Auge, Augenhöhle, A-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 2.2 Auge, Augenhöhle, B-Modus |
| AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke |
| <input type="checkbox"/> AK 2.3 Biometrie des Auges, A-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 2.4 Biometrie des Auges, A-Modus, automatische Laufzeitmessung |
| <input type="checkbox"/> AK 2.5 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges, A-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 2.6 Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges, B-Modus |
| Kopf und Hals |
| AB 3.1 Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> AK 3.1 Nasennebenhöhlen, A-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 3.2 Nasennebenhöhlen, B-Modus |
| AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen) |
| <input type="checkbox"/> AK 3.3 Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen, B-Modus |
| AB 3.3 Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> AK 3.4 Schilddrüse, B-Modus |
| Herz- und Herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit) |
| • Jugendliche und Erwachsene |
| AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transkutan |
| <input type="checkbox"/> AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung, B-Modus mit M-Modus, transkutan |
| AB 4.2 Echokardiographie Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal |
| <input type="checkbox"/> AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung, B-Modus mit M-Modus, transoesophageal |
| AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene |
| <input type="checkbox"/> AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung, B-Modus |
| Herz- und Herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit) |
| • Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche |
| AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan |
| <input type="checkbox"/> AK 4.1 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche), B-Modus mit M-Modus, transkutan |
| <input type="checkbox"/> AK 4.2 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), B-Modus mit M-Modus, transkutan |
| AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal |
| <input type="checkbox"/> AK 4.3 Echokardiographische Untersuchung (Jugendliche), B-Modus mit M-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 4.4 Echokardiographische Untersuchung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), B-Modus mit M-Modus |
| AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> AK 4.5 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Jugendliche), B-Modus |
| <input type="checkbox"/> AK 4.6 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und bei Belastung (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), B-Modus |

Hinweis gemäß EBM zu AB 4.5 und 4.6:
Für die Genehmigung der GOP 33030 ist zusätzlich der Nachweis eines Kippliege-Ergometers einzureichen.



| |
|---|
| Thorax AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), transkutan <input type="checkbox"/> AK 5.1 Thoraxorgane - B-Modus, transkutan AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), transkavitär <input type="checkbox"/> AK 5.2 Thoraxorgane - B-Modus, transkavitär |
| Brustdrüse AB 6.1 Brustdrüse <input type="checkbox"/> AK 6.1 Brustdrüse, ggf. regionale Lymphknoten, B-Modus |
| Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) • Jugendliche und Erwachsene AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, transkutan <input type="checkbox"/> AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, B-Modus, transkutan AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Rektum) <input type="checkbox"/> AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, B-Modus, transkavitär AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, transkavitär (Magen-Darm) <input type="checkbox"/> AK 7.3 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren, B-Modus, transkavitär <u>Hinweis zum AB 7.1:</u> Für die alleinige sonographische Untersuchung der Nieren ist die GOP 33043 anzusetzen. Die Genehmigung über AB 7.1 beinhaltet die Abrechnungsmöglichkeit für die GOP 01748 (Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen); GOP 01747 (Beratung Bauchaortenaneurysmen) setzt keine Genehmigung voraus. |
| • Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan <input type="checkbox"/> AK 7.1 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Jugendliche), B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 7.2 Abdomen und/oder Retroperitoneum einschl. Nieren (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), B-Modus, transkutan |
| Uro-Genitalorgane AB 8.1 Uro-Genitalorgane, transkutan <input type="checkbox"/> AK 8.1 Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 8.2 sonstige Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan AB 8.2 Uro-Genitalorgane, transkavitär <input type="checkbox"/> AK 8.3 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär |
| • Weibliche Genitalorgane AB 8.3 Weibliche Genitalorgane <input type="checkbox"/> AK 8.4 Weibliche Genitalorgane, B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 8.5 Weibliche Genitalorgane, B-Modus, transkavitär Schwangerschaftsdiagnostik AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik <input type="checkbox"/> AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkavitär AB 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie <input type="checkbox"/> AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkavitär AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten <input type="checkbox"/> AK 9.1 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkutan <input type="checkbox"/> AK 9.2 Schwangerschaftsdiagnostik, B-Modus, transkavitär <u>Hinweis zum AB 9.1a:</u> Für die Erfüllung der Anforderungen ist der Nachweis gemäß Anlage VI der Ultraschall-Vereinbarung zu erbringen. |



| | |
|---|--|
| Bewegungsapparat | |
| <input type="checkbox"/> AB 10.1 | Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte) |
| <input type="checkbox"/> AK 10.1 | Gelenke und/oder umschriebene Strukturen des Bewegungsapparates, B-Modus |
| <input type="checkbox"/> AB 10.2 | Säuglingshüfte |
| <input type="checkbox"/> AK 10.2 | Hüftscreening, B-Modus und/oder |
| <input type="checkbox"/> AK 10.2 | Säuglingshüfte, B-Modus |
| Venen | |
| <input type="checkbox"/> AB 11.1 | Venen der Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> AK 11.1 | Venen der Extremitäten, B-Modus |
| Haut und Subkutis | |
| <input type="checkbox"/> AB 12.1 | Haut |
| <input type="checkbox"/> AK 12.1 | Haut einschließlich Subkutis |
| Bitte nur ankreuzen, wenn ein Spezieller Schallkopf $\geq 20,0$ MHz und 100 bzw. 200 B-Modus Sonographien nachgewiesen werden können. | |
| <input type="checkbox"/> AB 12.2 | Subkutis und subkutane Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> AK 12.2 | Haut (subkutanes Gewebe einschließlich Lymphknoten) |
| Bitte nur ankreuzen, wenn 150 B-Modus Sonographien der Haut und/oder Subkutis nachgewiesen werden können. Sonographische Untersuchungen der Lymphknotenregionen sind über die GOP 33081 abrechnungsfähig. | |
| <input type="checkbox"/> | Periphere Nerven, B-Modus |
| Hinweis gemäß EBM: Die GOP 33081 bildet keinen eigenen Anwendungsbereich. Zur Erlangung der Genehmigung ist die Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzung für einen anderen Anwendungsbereich im B-Modus zu erbringen; dieser fachliche Nachweis erfolgt über ein Duplex-Verfahren. | |
| Doppler - Gefäße (PW - Doppler und Duplex-Verfahren - ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit) | |
| <input type="checkbox"/> AB 20.1 | CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.1 | Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, CW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen |
| <input type="checkbox"/> AB 20.2 | CW-Doppler - extremitätenver- / entsorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.2 | Extremitätenver- und/oder entsorgende Gefäße, CW-Doppler |
| <input type="checkbox"/> AB 20.3 | CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.2 | Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, CW-Doppler |
| <input type="checkbox"/> AB 20.4 | CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems |
| <input type="checkbox"/> AK 20.3 | Gefäße des männlichen Genitalsystems, CW-Doppler |
| <input type="checkbox"/> AK 20.4 | Gefäße des männlichen Genitalsystems, PW-Doppler |
| <input type="checkbox"/> AB 20.5 | PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.5 | Intrakranielle Gefäße, PW-Doppler, ggf. mit Frequenzspektrumanalyse mit mindestens 128 Stützstellen |
| <input type="checkbox"/> AB 20.6 | Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.6 | Extrakranielle hirnversorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung |
| Hinweis gemäß EBM zum AB 20.6: Die Genehmigung für den AB 20.6 kann nur erteilt werden, wenn die erforderlichen fachlichen und apparativen Nachweise auch für den AB 20.1 (CW Doppler) vorliegen. | |
| <input type="checkbox"/> AB 20.7 | Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.7 | Intrakranielle Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung |
| <input type="checkbox"/> AB 20.8 | Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.8 | Extremitätenver- und entsorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung |
| <input type="checkbox"/> AB 20.9 | Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße |
| <input type="checkbox"/> AK 20.8 | Extremitätenentsorgende Gefäße, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung |
| <input type="checkbox"/> AB 20.10 | Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum |
| <input type="checkbox"/> AK 20.9 | Abdominelle und/oder retroperitoneale Gefäße oder Mediastinum, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung |
| Hinweis zum AB 20.10: Die Genehmigung über AB 20.10 beinhaltet die Abrechnungsmöglichkeit für die GOP 01748 (Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen); GOP 01747 (Beratung Bauchaortenaneurysmen) setzt keine Genehmigung voraus. | |



Doppler - Gefäße

• **Gefäße des weiblichen Genitalsystems**

- AB 20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems**
 AK 20.10 Gefäße des weiblichen Genitalsystems, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung. Bei Farbduplex einschl. farbkodierter Darstellung

Doppler - Herz und herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

• **Jugendliche und Erwachsene**

- AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transkutan**
 AK 21.1 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transkutan
 AK 21.3 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transkutan
 AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung der Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transkutan
- AB 21.2 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal**
 AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal
 AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal
 AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transoesophageal

Doppler - Herz und herznahe Gefäße (ausschließlich bei fachärztlicher Tätigkeit)

• **Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**

- AB 21.3 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transkutan**
 AK 21.1 Doppler-Echokardiographie (Jugendliche), CW-Doppler, transkutan
 AK 21.2 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), CW-Doppler, transkutan
 AK 21.3 Doppler-Echokardiographie (nur Jugendliche), PW-Doppler, transkutan
 AK 21.4 Doppler-Echokardiographie (Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder), PW-Doppler, transkutan
 AK 21.7 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transkutan
- AB 21.4 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal**
 AK 21.5 Doppler-Echokardiographie, CW-Doppler, transoesophageal
 AK 21.6 Doppler-Echokardiographie, PW-Doppler, transoesophageal
 AK 21.8 Doppler-Echokardiographie, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung, transoesophageal

Doppler - Schwangerschaftsdiagnostik

- AB 22.1 Duplex-Verfahren - Fetales kardiovaskuläres System**
 AK 22.1 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems gemäß Anlage 1 der Mutterschafts-Richtlinien, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung
- AB 22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternalen Gefäßsystem**
 AK 22.2 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Feten durch die in Anlage 1 d der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen, B-Modus und gleichzeitige Messung von Flussgeschwindigkeit und Flussrichtung einschl. farbkodierter Darstellung

Hinweis: Ärzte, die nicht über die Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ verfügen und Ultraschalluntersuchungen des feto-maternalen Gefäßsystems (AB 22.2) oder des fetalen kardiovaskulären Systems (AB 22.1) mit dem Duplex-Verfahren ausführen und abrechnen wollen, müssen ihre fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen.

Doppler – Nerven und Muskeln

- AB 23.1 Duplex-Verfahren - Nerven und Muskeln einschließlich versorgender Gefäße**
 AK 23.1 Darstellung von peripheren Nerven und Muskeln, B-Modus und ggf. Farbduplex

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Abschnitt C der Ultraschall-Vereinbarung**
u. a. Verwendung eines wirksamen und materialverträglichen Desinfektionsverfahren
- **Abschnitt D der Ultraschall-Vereinbarung**
u. a. Pflichten zur ärztlichen Dokumentation, Stichprobenprüfungen

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen in der Ultraschall-diagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur Ultraschall-diagnostik. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin bzw. die in ihrem Auftrag tätige Sonographie-Kommission die im Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen gemäß Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung entsprechen, wird erklärt.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller