

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Bestätigung über eine bestehende Kooperation zur Erbringung von Leistungen der PET/CT

gem. § 9 Abs. 2 Nr. 5 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT)

Hiermit bestätigen wir, dass zwischen

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Fachärztin/ -arzt für Nuklearmedizin  
(Vor- und Zuname)

**UND**

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Fachärztin/ -arzt für: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

eine Kooperation zur Erbringung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

ab / seitdem \_\_\_\_\_ besteht.

Der radiologisch tätige Kooperationspartner muss über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie verfügen (vgl. § 3 Abs. 2 QS-Vereinbarung PET, PET/CT).

**Die CT-Genehmigung ist als Nachweis beizufügen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel  
(Antragsteller, FA f. Nuklearmedizin)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel  
(radiologisch tätiger Kooperationspartner)