



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**zur Ausübung von Leistungen auf dem Gebiet der Nuklearmedizin**  
**(Teil I)**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Beantragte Leistungen

### Nuklearmedizinische Diagnostik

- gesamte nuklearmedizinische Diagnostik
- Anwendungsbereich:** Planare Szintigraphie
  - Schilddrüse
  - Herz
  - alle Organe
- Anwendungsbereich:** Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT)
  - Hirn
  - Herz
  - alle Organe
- Anwendungsbereich:** Globale Messung der Radioaktivität über Organen mittels Einzelsonden
- Anwendungsbereich:** Kompartimentanalysen und Nachweis von unbekanntem inkorporierten Radionukliden
- Anwendungsbereich:** In-vitro-Diagnostik (nuklearmedizinische Laborleistungen siehe Antrag Spezial-Labor)

### Nuklearmedizinische Therapie

- Anwendung offener Radionuklide
  - Radiojodbehandlung von Schilddrüsenerkrankungen
  - Behandlung von Knochenmetastasen bzw. blutbildenden Organen
  - Radiosynoviorthese oder Behandlung von Geschwülsten und/oder Geschwulst-Metastasen in einer Körperhöhle oder in einem Hohlorgan

## III. Fachliche Anforderungen

- Facharzt für Nuklearmedizin  
**oder**
- Facharzt für \_\_\_\_\_
- Nachweise über die Weiterbildung im Bereich der nuklearmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie sind dem Antrag als Kopie beigelegt
- und**
- Fachkunde nach § 47 StrlSchV
- Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß § 12 Abs. 1 Nr.3 StrlSchG
- Nachweise zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen sind als Kopie beigelegt

#### IV. Apparative Voraussetzungen

- Bericht der Abnahmeprüfung § 115 StrlSchV  
(Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen)
- Nachweis über die erfolgreiche Prüfung durch die Ärztliche Stelle nach § 130 StrlSchV
- Nachweise zur Erfüllung der apparativen Voraussetzungen sind als Kopie beigefügt

Eigentümer der strahlentherapeutischen Einrichtung **ist/sind:**

---

---

---

#### V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

#### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [QS@kvbb.de](mailto:QS@kvbb.de)