



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 Untersuchungen auf dem Gebiet der Strahlentherapie

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

- Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
- Hochvolttherapie
- Brachytherapie
- Bestrahlungsplanung
- Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie für das erste Zielvolumen
- Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktische Radiochirurgie
- Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie

Wenn die Bestrahlungsplanung mittels CT oder MRT durchgeführt werden soll, ist der Antrag auf Erteilung der Genehmigung für computertomographische Leistungen und/ oder kernspintomographische Leistungen zu stellen.

III. Fachliche Anforderungen

- Facharzt für Strahlentherapie
- Fachkunde nach § 47 StrlSchV
- oder**
- Facharzt für
- Nachweise über die Weiterbildung im Bereich der Nahbestrahlungs-, Weichteil-, Orthovolt- und Brachytherapie sind dem Antrag als Kopie beigefügt
- Fachkunde nach § 47 StrlSchV

 **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

IV. Apparative Voraussetzungen

Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 3 StrlSchG in Fotokopie

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - ist beigefügt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

oder

Herstellereklärung, sofern aus den eingereichten Unterlagen die Erfüllung der apparativen Anforderungen nach § 12 Absatz 3 nicht hervorgeht

und

Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV. in Fotokopie

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - ist beigefügt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis zur stereotaktischen Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen

Die Durchführung darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erfolgen:

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung der SRS
- stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von Stereotaktischer Radiochirurgie (SRS)

Die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS erfolgt mittels geeigneter technischer Maßnahmen (z. B. mittels Bildgebung, stereotaktischem Rahmen oder optoelektronisch).

Für die Behandlung des Vestibularisschwannoms soll die Referenzdosis im Zielvolumen mindestens 11 Gy betragen.

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

.....
.....
.....

➔ **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

V. Erklärung

Mir ist bekannt, dass der Indikationsstellung eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach § 3 Absatz 5, Nummer 40 der Anlage I MvV-RL (Vestibularisschwannomen) oder § 3 Absatz 5, Nummer 41 der Anlage I MvV-RL (Hirnmetastasen) zugrunde liegen muss.

VI. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV.....
amerhalten. 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:
Praxisinhaber bzw.
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt
im Falle der Anstellung

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**.