

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Ihre Bezirksdirektion
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Absender/Stempel

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen

Nutzer des Gerätes:

ggf. Titel, Name, Vorname LANR

ggf. Titel, Name, Vorname LANR

ggf. Titel, Name, Vorname LANR

ggf. Titel, Name, Vorname LANR

ggf. Titel, Name, Vorname LANR

Standort des Gerätes:

Adresse

BSNR (ggf. der Nebenbetriebsstätte)

Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik (nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. werden die folgenden Ultraschallsysteme¹ eingesetzt:

Adresse der Herstellerfirma: _____

Geräte-Bezeichnung: _____

Geräte-Nummer (Seriennr.): _____

Baujahr: _____

Auslieferungsdatum: _____

Schallkopf 1

 Typ Frequenz

Schallkopf 2

 Typ Frequenz

Schallkopf 3

 Typ Frequenz

Schallkopf 4

 Typ Frequenz

Schallkopf 5

 Typ Frequenz

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i.V.m. Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung.

Zutreffendes bitte ankreuzen

1.	Gehirn		erfüllt
	AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus <input type="checkbox"/>

¹ Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung vom 01.04.2009 ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

2.	Auge			erfüllt
	AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 2.4	Biometrie des Auges (autom. Laufzeitmessung)	A-Modus	<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	<input type="checkbox"/>
3.	Kopf und Hals			
	AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
4.	Herz und herznahe Gefäße			
	AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
5.	Thorax			
	AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>

6.	Brustdrüse			erfüllt
	AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
7.	Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)			
	AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
8.	Uro-Genitalorgane			
	AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
9.	Schwangerschaftsdiagnostik			
	AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
10.	Bewegungsapparat			
	AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
11.	Venen			
	AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
12.	Haut und Subkutis			
	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

20.	Doppler-Gefäße			erfüllt
	AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
	AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
	AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
	AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
	AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
	Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
21.	Doppler-Herz und herznahe Gefäße			
	AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transthorakal Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
	AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transthorakal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
	AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
22.	Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik			
	AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
	AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

23.	Duplex - Nerven und Muskeln		
23.1	Nerven und Muskeln einschl. versorgende Gefäße, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner