

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen in der Strahlentherapie (einschl. Bestrahlungsplanung) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

gemäß § 135 Abs.2 SGB V Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Genehmigung der KV \_\_\_\_\_ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

**1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)**

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

Name der Einrichtung	BSNR (Betriebsstätten-Nr.)
----------------------	----------------------------

**2. Die Antragstellung erfolgt**

für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)

für

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

**3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)**

Fachgebiet	Schwerpunkt
------------	-------------

niedergelassen (zugelassen),  angestellt,  ermächtigt seit: \_\_\_\_\_ Datum

**4. Ort der Leistungserbringung:**

Betriebsstätte  Nebenbetriebsstätte<sup>1</sup>  ausgelagerte Praxisstätte<sup>2</sup>

**5. Kontaktdaten:**

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes<sup>3</sup>

Tel./Fax/E-Mail

<sup>1</sup> Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

<sup>2</sup> Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

<sup>3</sup> solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

---

**6. Beantragte Leistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Weichstrahl- oder Orthovolttherapie  
(GOP 25310, 25345 EBM)
- Hochvolttherapie  
(GOP 25316, 25317, 25321, 25324, 25328, 25329 EBM)
- Stereotaktische Radiochirurgie (SRS)  
(GOP 25322, 25323, 25348 EBM)
- Brachytherapie  
(GOP 25330, 25331, 25332, 25333 EBM)
- Bestrahlungsplanung  
(GOP 25340, 25341, 25342, 25343 EBM)
- CT-gesteuerte Untersuchung zur Bestrahlungsplanung  
(GOP 34360 EBM)

**7. Fachliche Befähigung** (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“
- Nachweis über die Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. eine Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV
- Fachkunde für das Anwendungsgebiet CT-Bestrahlungsplanung
- Ärztinnen und Ärzte, die nicht berechtigt sind, die Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“ zu führen, müssen für Nahbestrahlungs-, Weichteil-, Orthovolt- und Brachytherapie zusätzlich zur Fachkunde ihre jeweilige fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie, müssen für die Stereotaktische Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von zusätzlich zur Fachkunde ihre jeweilige fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen

**8. Apparative Ausstattung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte benennen Sie die Geräte für die **Strahlentherapie**, damit wir unsere Informationen auf Aktualität überprüfen können:

1. \_\_\_\_\_  
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

\_\_\_\_\_  
Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

2. \_\_\_\_\_  
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

\_\_\_\_\_  
Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

3. \_\_\_\_\_  
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

4. \_\_\_\_\_  
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

\_\_\_\_\_  
Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

