

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 17** Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gem. § 135 Abs. 2 SGB V Computertomographie

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

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### **a) Fachliche Anforderungen**

(1) Weiterbildung in der Computertomographie (§ 7 Abs. 1 QSV) (Nachweis: Kopie des Weiterbildungszeugnisses)	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

oder

(2) Ich versichere, dass ich eine mindestens 30-monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens 10-monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie <b>für Untersuchungen des Ganzkörpers einschließlich Kopf und des Spinalkanals</b> absolviert habe. (§ 7 Abs. 2a QSV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

oder

Ich versichere, dass ich eine mindestens 18-monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens 4-monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie <b>für Untersuchungen des Kopfes und des Spinalkanals</b> absolviert habe. (§ 7 Abs. 2b QSV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

und

(3) Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde (gem. § 3 der RÖV vom 06.01.87)	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

---

### b) Apparative Ausstattung - Röntgeneinrichtung

#### 1. Technische Voraussetzungen

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 11 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

#### 2. Behördliche Genehmigung gemäß Röntgenverordnung

Genehmigung nach § 3 Abs. 1 RöV oder Betriebserlaubnis nach § 4 Abs. 1 RöV ( <i>Nachweis: Kopie</i> )	<b>Nachweise beigelegt</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift