

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 18 Kernspintomographie-Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Name: _____

Facharzt für _____

a) Fachliche Anforderungen gemäß § 4 QSV

1. Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie oder Neuroradiologie (<i>Nachweis: Kopie der/des Weiterbildungszeugnisse/s</i>)	Nachweise beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ich versichere, dass ich die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen selbständig durchgeführt habe: (a) Diagnostische Radiologie: 1.000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) (b) Neuroradiologie: 1.000 Untersuchungen des Schädels und des Spinalkanals	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ich versichere, dass ich eine mindestens 24-monatige, ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik absolviert habe. (<i>Hierauf kann eine zwölfmonatige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik angerechnet werden.</i>)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

b) Apparative Ausstattung - Kernspintomograph

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 5 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift