

Bezirksstelle Köln: E-Mail: [ultraschall@kvno.de](mailto:ultraschall@kvno.de)  
Bezirksstelle Düsseldorf E-Mail: [ultraschall-24@kvno.de](mailto:ultraschall-24@kvno.de)

Fax-Nr. 02 11 / 59 70 – 33 176  
Fax-Nr. 02 11 / 59 70 – 33 127

**Anlage**  
**zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von**  
**Ultraschalluntersuchungen Angaben zum Ultraschalldiagnostikgerät**  
(pro Gerät ist jeweils ein Formular auszufüllen)

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

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik-**  
**(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)**

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende  
Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme<sup>1</sup> eingesetzt:

Herstellerfirma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geräte-Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
(Vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Nummer: \_\_\_\_\_  
(Seriennummer)

Handelt es sich bei diesem Gerät um ein mobiles Endgerät?  ja<sup>2</sup>  nein

Baujahr: \_\_\_\_\_

Auslieferungsdatum: \_\_\_\_\_

Schallkopf 1 Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

Schallkopf 2 Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

Schallkopf 3 Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

Schallkopf 4 Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

Schallkopf 5 Typ \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> Bei „ja“ muss zusätzlich das Zusatz-Formular zur Herstellerbescheinigung vom Hersteller/Vertreiber ausgefüllt werden.

**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

<b>1. Kopfregion</b>			<b>erfüllt</b>
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>2. Auge</b>			<b>erfüllt</b>
AK2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<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"/>
<b>3. Kopf und Hals</b>			<b>erfüllt</b>
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"/>
<b>4. Herz und herznahe Gefäße</b>			<b>erfüllt</b>
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - 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	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>5. Thorax</b>			<b>erfüllt</b>
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>6. Brustdrüse</b>			<b>erfüllt</b>
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

<b>7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)</b>			<b>erfüllt</b>
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"/>
<b>8. Uro-Genitalorgane</b>			<b>erfüllt</b>
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"/>
<b>9. Schwangerschaftsdiagnostik</b>			<b>erfüllt</b>
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>10. Bewegungsapparat</b>			<b>erfüllt</b>
AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>11. Venen</b>			<b>erfüllt</b>
AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>12. Haut und Subkutis</b>			
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
<b>20. Doppler-Gefäße</b>			<b>erfüllt</b>
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  nein

<b>21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße</b>			<b>erfüllt</b>
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - 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, transkutan	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
<b>22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik</b>			<b>erfüllt</b>
AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex.	<input type="checkbox"/>
<b>23. Doppler-Nerven und Muskeln</b>			<b>erfüllt</b>
AK 23.1	Nerven und Muskeln, 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

Bei Umrüstung / Erweiterung der Geräteeinrichtung  
Bestätigung des Arztes

Das / die bisher eingesetzte(n) Gerät(e)  
(Bitte alle in der Praxis vorhandenen Ultraschall-Geräte auflühren.)

wird / werden weiterhin benutzt.

Name des Gerätes:	Hersteller- /Lieferfirma:	BSNR NBSNR	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes