|  |  |
| --- | --- |
|  | **Neurologie und Psychiatrie**  **Psychiatrie und Neurologie**  **Neurologie** |

#### Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der

**Pos. 410**

**Duplex-Sonographie des Karotis-Vertebralisarteriensystems und/oder**

**Pos. 411**

**Bidirektionale Doppler-Sonographie der Periorbitalarterien**

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des oö. Gesamtvertrages

**Ausbildung:**

Entsprechend den jeweils aktuellen Richtlinien der ÖGUM (zu finden unter: <http://www.oegum.at/ausbildung/sonorichtlinien.html>)

Zum Nachweis der Ausbildung – Vorlage von:

* Ausbildungszeugnis der von der jeweiligen Landesärztekammer als Ausbildungsstätte anerkannten Krankenanstalt mit entsprechender Qualifikation des Ausbildners entsprechend den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (ÖGUM) samt Angabe des Zeitraumes und Anzahl der untersuchten Fälle.
* Urkunden über Seminare mit entsprechend qualifizierten Ausbildnern gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (ÖGUM) samt Angabe der absolvierten Stunden und Anzahl der untersuchten Fälle.

**Geräte:**

**Vorlage**

* der Rechnung samt Zahlungsbestätigung (bei Kauf)
* des Leasingvertrages (bei Leasinggeräten)
* der Übernahmebestätigung (bei Geräten, die vom Vorgänger übernommen wurden)
* des aktuellen sicherheitstechnischen Prüfberichtes (bei Geräten, die älter als 2 Jahre sind)
* der Gerätebeschreibung

Es sind nur Geräte zulässig, die in der jeweils aktuellen Weißliste der ÖGUM enthalten sind (zu finden unter: <http://www.oegum.at/service/geraete-weissliste.html>)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gerät-Type** | **Frequenzumfang** | **Marke** | **Erzeuger/Lieferant** | **Baujahr** |
| Gerät f. 410:  Gerät f. 411: |  |  |  |  |
| Schallkopf f. 410:  Schallkopf f. 411: | MHz:  MHz: |  |  |  |

.............................................. .......................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

des Vertragsarztes/der Vertragsärztin