**Anlage Langzeit-EKG** - namentliche Benennung

Anlage zu einer Anzeige bzw. Änderungsanzeige zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV gemäß § 4a Absatz 3 a-d ASV-RL, Anhang zu § 4a leistungsspezifische Qualitätsanforderungen.

**Betrifft folgende Leistungen: GOP 03241, 03322, 04241, 04322, 13252, 13253, 27322, 27323 EBM**

|  |  |
| --- | --- |
| ASV-Diagnosebereich | Wählen Sie ein Element aus. |
| Name der Teamleitung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Teamnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Leistungserbringers\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a ASV-RL sind erfüllt, weil: | Facharzt im Gebiet Innere Medizin  Facharzt im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie  Facharzt und selbstständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen und Erbringung des Langzeit-EKG in einer Organisationseinheit für Innere Medizin, für Kardiologie, für Kinder- und Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie | Facharztnachweis ist beigefügt  liegt bereits vor |
| **oder** leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten gemäß § 4a Absatz 3b-d ASV-RL als erfüllt, weil: | Genehmigung der KVSH zur Durchführung von Langzeit-EKG  Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin oder SP Kinder-Kardiologie  Langzeit-EKG wird in einer Einrichtung erbracht, die die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt | wird mit Unterschrift bestätigt |

\*keine Mehrfachnennung, ggf. Formular bitte wiederholt ausdrucken und verwenden!

**ggf. Erläuterung:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind  
und die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist. Ein Nachweis hierfür kann vorgelegt werden.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ  
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ  
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer