

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen)

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 			
Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG´s von mind. 18 Stunden Dauer. Computergestützte Auswertung eines kontinuierlichen aufgezeichneten Langzeit-EKG´s von mind. 18 Stunden Dauer.		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____			
Fachliche Voraussetzungen	Nachweis über eingehende Kenntnisse in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Nachweis über mind. 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen einschl. Auswertung und Beurteilung, selbständig durchgeführt.	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Apparative Voraussetzungen	Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie von der Herstellerfirma vollständig ausgefüllt und unterschrieben. -bitte beifügen- Angaben Aufnahmegerät Der Rekorder wird ausschließlich von mir (ggf. angestellter Arzt) genutzt.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<p>Der Rekorder wird genutzt in einer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apparategemeinschaft (Apparategemeinschaftsvertrag) <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Angaben Auswertegerät</p> <p>Das Langzeit-EKG-Auswertegerät steht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in meiner Praxis/im MVZ ▪ in der Apparategemeinschaft (Appatategemeinschaftsvertrag) <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>	<p>ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>nein</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Auftragsverarbeitung von Daten (Cloud-Tool-Nutzung):</p> <p>Ich nutze eine cloudbasierte Auswertungssoftware und bestätige, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der europäische Datenschutz gewährleistet wird. ▪ die Patientendaten verschlüsselt und pseudonymisiert werden. ▪ ein Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen wurde. ▪ sich der Standort des Servers in Deutschland befindet. ▪ die persönliche Leistungserbringung sichergestellt wird. Unter anderem erfolgt die Diagnosestellung durch mich persönlich. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Hinweis zum Datenschutz</p>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>		
<p>Einverständnis zum Datenschutz</p>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Zustimmung</p>	<p>Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt