

Antrag auf Genehmigung: Langzeit-EKG (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Verfahren

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG's von mind. 18 Stunden Dauer.
- Computergestützte Auswertung eines kontinuierlichen aufgezeichneten Langzeit-EKG's von mind. 18 Stunden Dauer.

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Facharzt für Innere Medizin
oder
- Nachweis über mind. 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen einschl. Auswertung und Beurteilung, selbständig durchgeführt.

Apparative Voraussetzungen

- Gerät ist bereits der KVSH gemeldet
- Gerät ist der KVSH **nicht** gemeldet: Gewährleistungsgarantie -bitte beifügen-

Erklärung

- Es wird versichert, dass eingehende Kenntnisse in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen, vorhanden sind.
- Im Fall der Nutzung von Cloudgeräten wird bestätigt, dass die im gesonderten Merkblatt aufgeführten Grundsätze eingehalten werden.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person