

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Polygraphie nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	30900 EBM
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ gemäß § 4 Abs. 1 oder Berechtigung gemäß § 4 Abs. 2 a zum Führen der Gebietsbezeichnung: <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde) <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Facharzt Innere und Allgemeinmedizin (bzw. Allgemeinmedizin) <input type="checkbox"/> Facharzt Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie oder Kardiologie <input type="checkbox"/> Facharzt Innere Medizin und ggf. Schwerpunkt und <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen gemäß § 4 Abs. 2 b
Apparative Voraussetzungen	<p>Hinweis Der Kurs muss während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert worden sein.</p> <p>Mindestens folgende Messungen müssen die Geräte gemäß § 5 durchführen und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registrieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Registrierung der Atmung (z.B. Atemfluss, Schnarchgeräusche) ☞ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) ☞ Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Puls-messung) ☞ Aufzeichnung der Körperlage ☞ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen ☞ Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Gerä-ten) <p>Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.</p> <p>Bestätigung des Geräteherstellers, in der bescheinigt wird, dass die oben genannten apparativen Voraussetzungen erfüllt werden.</p>

Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 						
Hinweis zum Datenschutz	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.						
Einverständnis zum Datenschutz	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; vertical-align: top;"> <p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 	ja	nein					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein beauftragt werden kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie Abschnitt 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

