

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen von Untersuchungen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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 Leistung	<p>Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie</p> <p><u>konventionell</u></p> <p><input type="checkbox"/> 13571 (Herzschrittmacher)</p> <p><input type="checkbox"/> 13573 (ICD:Kardioverter/Defibrillator)</p> <p><input type="checkbox"/> 13575 (CRT: System zur kardialen Resynchronisationstherapie)</p> <p><u>telemedizinisch</u></p> <p><input type="checkbox"/> 13574 (ICD: Kardioverter/Defibrillator)</p> <p><input type="checkbox"/> 13576 (CRT: System zur kardialen Resynchronisationstherapie)</p>
	<p>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie</p> <p><u>konventionell</u></p> <p><input type="checkbox"/> 04411 (Herzschrittmacher)</p> <p><input type="checkbox"/> 04413 (ICD:Kardioverter/Defibrillator)</p> <p><input type="checkbox"/> 04415 (CRT: System zur kardialen Resynchronisationstherapie)</p> <p><u>telemedizinisch</u></p> <p><input type="checkbox"/> 04414 (ICD: Kardioverter/Defibrillator)</p> <p><input type="checkbox"/> 04416 (CRT: System zur kardialen Resynchronisationstherapie)</p>
Fachliche Voraussetzungen	<p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrollen Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung oder Zertifikat „Spezielle Rhythmologie“ (entfällt für Kinder-Kardiologen)</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher- und ICD-Kontrollen Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung oder Zertifikat „Spezielle Rhythmologie“ (entfällt für Kinder-Kardiologen)</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrollen Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung oder Zertifikat „Spezielle Rhythmologie“ (entfällt für Kinder-Kardiologen)</p>
	<p>Hinweis zum Zeugnis</p> <p>Das Zeugnis muss von einem zur Weiterbildung im Bereich Kardiologie befugten Arzt ausgestellt sein. Zudem einen Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand und eine Beurteilung der fachlichen Befähigung enthalten. Wurde die Anleitung erbracht und bestätigt, jedoch nicht innerhalb der 36 Monate vor Antragstellung, können innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Leistungen angerechnet werden.</p>

Apparative Voraussetzungen	1. Implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Notfalleusrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nur bei Beantragung telemedizinischer Leistungen Ich habe die Vereinbarung über telemedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 31 BMV-Ä) zur Kenntnis genommen und erfülle die Anforderungen an die Durchführung gemäß Anhang 1 Anlage 31 BMV-Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. ☛ Ich bin einverstanden, dass die KVSH die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten in meiner Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen. 		
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	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:	ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung „Rhythmusimplantat-Kontrolle“ gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

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

