

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 von genehmigungspflichtigen Leistungen von Untersuchungen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
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. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 	
Leistungen		<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>

	<input type="checkbox"/> <u>telemedizinisch</u> <input type="checkbox"/> 04414 (ICD: Kardioverter/Defibrillator) <input type="checkbox"/> 04416 (CRT: System zur kardialen Resynchronisationstherapie)															
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>															
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie <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) -bitte beifügen- <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) -bitte beifügen- <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) -bitte beifügen-															
	Hinweis zum Zeugnis 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.															
Apparative Voraussetzungen	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	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. Notfallausrüstung 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"/>
	ja	nein														
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. Notfallausrüstung 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"/>														
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz															

Einverständnis zum Datenschutz	<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 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>

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