

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: langzeit-ekg@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 174

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Leistungen

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit

Praxisgemeinschaft mit

Zulassung/Ermächtigung ab: _____

1. **Beantragte Leistung**

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden
- Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

2. **Nachweis der fachlichen Qualifikation**

- Der Nachweis der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ liegt vor (gilt als Nachweis der fachlichen Qualifikation).
- Der Nachweis von mindestens 100 selbständig durchgeführten kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschl. Auswertung und Beurteilung, liegt dem Antrag bei (andere Fachgebiete dürfen die genannten Leistungen nur dann abrechnen, wenn sie den genannten Nachweis erbracht haben).

Die gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 12. Dezember 1991 (in der z. Zt. gültigen Fassung) erforderlichen Nachweise müssen den Vermerk enthalten, daß der Ausbilder zur Weiterbildung ermächtigt bzw. entsprechend qualifiziert ist.

3. **Die beantragten Leistungen werden erbracht**

- in der eigenen Praxis
- Auswertung in Zusammenarbeit mit der Apparategemeinschaft bei eigener Befundung

(Bitte reichen Sie uns eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft in der Apparategemeinschaft ein)

- Auswertung und Befundung durch Apparategemeinschaft

4. **Nachweis der apparativen Ausstattung**

Es handelt sich um folgende Apparatur (Gerätebezeichnung/Hersteller-/Lieferfirma):

Aufnahmegerät(e): _____

Auswertegerät(e): _____

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung von Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.

Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma über die Langzeit-EKG-Geräteeinrichtung
Gewährleistungsgarantie gemäß Abschnitt C Nr. 4 der Langzeit-EKG-Richtlinien

Hiermit wird bestätigt, dass die in der Praxis

genutzten Geräte den Anforderungen nach Abschnitt B – Apparative Voraussetzungen der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen- entsprechen.

ja nein

Es handelt sich um folgende Apparatur (Gerätebezeichnung / Hersteller / Baujahr)

1. Aufzeichnungsgerät(e):

2. Auswertegerät(e): **bitte nur ausfüllen wenn Gerät in eigener Praxis vorhanden**
(Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer)

Die computergestützte Auswertung setzt die persönliche Leistungserbringung bei Auswertung und Befundung voraus.

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel der
Hersteller- / Lieferfirma

Wir bitten darauf zu achten, dass die Bestätigung über die Langzeit-EKG- Geräteeinrichtung ausschließlich von der Hersteller- / Lieferfirma ausgefüllt wird, da diese sonst nicht anerkannt werden kann.