

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung als  
Telemedizinisches Zentrum (TMZ) für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz**

GOP 13583-13587 EBM

Name: .....  
LANR: .....(soweit bereits bekannt)  
BSNR: .....(soweit bereits bekannt)

**Privatanschrift**

**Praxisanschrift**

Straße:	.....	.....
PLZ/Ort:	.....	.....
Telefon:	.....	.....
Telefax:	.....	.....
E-Mail:	.....	.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

## I. Fachliche Voraussetzungen gem. § 3 QSV

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung  
"Innere Medizin" mit der Schwerpunktbezeichnung "Kardiologie" oder "Innere  
Medizin und Kardiologie"

(sollten Sie noch nicht in das Arztregister der KV Nordrhein eingetragen sein  
fügen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie der Facharzturkunde bei)

**und**

Ich verfüge über die Genehmigung gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung  
zur Durchführung von Rhythmusimplantat-Kontrollen

**oder**

Ich habe die Genehmigung zur Durchführung gem. der  
Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Rhythmusimplantat-  
Kontrollen beantragt

## II. Apparative Voraussetzungen gemäß § 5 QSV

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die technische  
Ausstattung gem. § 5 QSV der bei mir eingesetzten  
Analyseinstrumente und der beim Patienten eingesetzten  
Messgeräte eingehalten werden.

Dies betrifft, sofern nach der QSV erforderlich, vorallem den Status  
als Medizinprodukt mit CE Kennzeichnung der implantierten und  
externen Messgeräte beim Patienten.

Die von mir zur Auswertung der übertragenden Daten eingesetzte Software  
verfügt insbesondere über eine den aktuellen medizinischen Erkenntnissen  
entsprechende unmittelbare automatisierte Analyse der Daten auf der Basis von  
definierten Algorithmen unter Verwendung patientenindividueller Grenzwerte  
und die Analyse beinhaltet die Abgabe von Warnmeldungen bei der Über- oder  
Unterschreitung von vorab definierten Grenzwerten.

## III. Verpflichtungserklärungen

Ich verpflichte mich die in § 4 QSV definierten Leistungen des TMZ zu  
übernehmen.

Ich bestätige, dass eine strukturierte interne Handlungsanweisung zur  
Durchführung des Telemonitoring gem. § 4 Abs. 1 Nr. 16 existiert.

Ich werde mit den primär behandelnden Ärzten sofern das intensivierte Telemonitoring durchgeführt wird eine Kooperationsvereinbarung schließen und diese und/oder die interne Handlungsanweisung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein übermitteln.

#### **IV. Dokumentationspflichten**

Ich verpflichte mich die in § 6 QSV genannten Dokumentation zu führen und die Jahresstatistik nach § 7 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu übermitteln.

#### **V. Einverständniserklärung zur Überprüfung der apparativen Gegebenheiten**

Ich bestätige, dass die apparativen Gegebenheiten in meiner Praxis den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen und bin zur Überprüfung dieser Anforderungen mit einer Begehung meiner Praxisräume gemäß § 8 Abs. 6 QSV einverstanden. Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung versagt werden kann.

#### **VI. Einverständniserklärung Veröffentlichung von Kontaktdaten**

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten, zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KV Nordrhein sowie der KBV einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Vertragsarztstempel  
des Antragstellers

.....  
Ggf. Unterschrift des anstellenden  
Arztes/des Ärztlichen Leiters des MVZ