

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Angaben zur apparativen Ausstattung und Gewährleistungserklärung (Der Abschnitt zur Bestätigung/Gewährleistungserklärung ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Tanja Dittmar
Heike Morbitzer
Tel 069 24741-6354 / -6551 / -6606
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.4@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

von Frau/Herrn Dr. med.: _____

BSNR/NBSNR: _____

Adresse: _____

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle vom 1. Oktober 2018 entspricht.

Anwendungsgeräte: *(Verbleibende Leerzeilen bitte durchstreichen)*

Zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens 3 Kanälen

Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Zur Funktionsanalyse implantatspezifisch geeignete Programmiergeräte

1. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

2. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)


3. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Vielen Dank für die Nennung eines Ansprechpartners:

Frau / Herr _____ 

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Lieferanten

Hersteller bzw. Lieferfirma haften in vollem Umfang für die Richtigkeit der in dieser Gewährleistungserklärung gemachten Angaben.

Folgende Fragen sind vom antragstellenden Arzt zu beantworten:

Standort der Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle / Eigentumsverhältnisse

- eigene Praxis mit BSNR _____ / NBSNR _____
- an anderer Stelle mit BSNR _____ / NBSNR _____
- Gemeinschaftliche Nutzung mit: _____
- Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab: _____

Weitere Einrichtungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle:

Werden weitere Einrichtungen, die vorstehend nicht genannt sind, betrieben bzw. mitbenutzt ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung der Einrichtung: _____

Standort der Einrichtung: _____

Betreiber der Einrichtung: _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
Stempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Stand: November 2022