

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