



(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Geneviève Bebronne
Tel.: 069 79502-742 • Fax: 069 79502-208
E-Mail: QS.HSM_LZ-EKG@kvhessen.de

Herzschrittmacher

Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung der Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____

Anschrift (Praxis/MVZ, Klinik/Institut) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:

Vertragsärztliche Zulassung / Ermächtigung beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____ voraussichtlicher Beginn am _____

Anschrift / Ort der geplanten Tätigkeit _____

Gemeinschaftspraxis (BAG) Praxisgemeinschaft MVZ

geplant mit _____

Anstellung in Praxis / MVZ / Klinik zur Teilnahme beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____ voraussichtlicher Beginn am _____

Anschrift (Praxis / MVZ / Klinik) _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum _____

Leistungsspektrum:

➤ Leistungen der Kinder-Kardiologie

EBM-GOP 04418

Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

➤ Leistungen der Inneren Medizin

EBM-GOP 13552

Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

Vorzulegende Qualifikationsnachweise:

1. Urkunde über Berechtigung zum Führen der

Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“

oder

Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Kinder-Kardiologie“

oder

Facharztbezeichnung „Innere Medizin“

Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,

Ärzte ohne Gebietsbezeichnung bei Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung

2. Durchführung und Dokumentation von 200 Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers oder implantierten Defibrillators unter Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes:

- davon mindestens 20 Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung auf Genehmigung

Von der vorgenannten Anzahl der Funktionsanalysen sind mindestens die Hälfte der geforderten Untersuchungen bei Zweikammer- bzw. frequenzadaptierten Systemen durchzuführen.

Angaben zur apparativen Ausstattung

➤ Apparatformular

Hinweis

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

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