

**Qualitätssicherung**

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

Anprechpartnerin: Geneviève Bebronne  
Tel.: 069 79502-742 • Fax: 069 79502-208  
E-Mail: QS.HSM\_LZ-EKG@kvhessen.de

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

**Herzschrittmacher**

**Angaben zur apparativen Ausstattung und Gewährleistungsgarantie** (Dieses Formular ist nur von der Hersteller-/Lieferfirma auszufüllen!)

von Frau/Herrn Dr. med.: \_\_\_\_\_  
BSNR / NBSNR: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

**Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur Herzschrittmacherkontrolle den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers vom 1. April 2006 entspricht.**

**Anwendungsgeräte:**

**Zur Herzschrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens 3 Kanälen**

Hersteller: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Baujahr: \_\_\_\_\_

**Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator**

Hersteller: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Baujahr: \_\_\_\_\_



**Diese Fragen sind vom Arzt zu beantworten:**

**Standort der Einrichtung zur Herzschrittmacherkontrolle / Eigentumsverhältnisse**

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

**Weitere Einrichtungen zur Herzschrittmacherkontrolle:**

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 der Einrichtung zur Herzschrittmacherkontrolle 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