

## Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

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

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

## Langzeit-EKG

### Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung langzeitelektrokardiographischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

#### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_ oder zugelassen seit \_\_\_\_\_

als Ärztin / Arzt für \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:**  Vertragsarzt  angestellter Arzt<sup>1</sup>  ermächtigter Arzt  Assistent<sup>1</sup>

**Anschrift des Standortes:**  Vertragspraxis \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_

Klinik / Institut \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Nebenbetriebsstättennummer(n)**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

**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 \_\_\_\_\_

**Beantragtes Leistungsspektrum****➤ Hausärztlicher Versorgungsbereich**

EBM-GOP 03322   
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

EBM-GOP 03241   
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG  
von mindestens 18 Stunden Dauer

**➤ Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin**

EBM-GOP 04322   
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

EBM-GOP 04241   
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG  
von mindestens 18 Stunden Dauer

**➤ Leistungen der Inneren Medizin**

EBM-GOP 13252   
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

EBM-GOP 13253   
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG  
von mindestens 18 Stunden Dauer

**➤ Leistungen der Physikal. u. Rehabil. Medizin**

EBM-GOP 27322   
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

EBM-GOP 27323   
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG  
von mindestens 18 Stunden Dauer

**Falls die computergestützte Auswertung und Beurteilung nicht beantragt wird, bitte nachstehend  
den Namen und die Anschrift des Auswerters eintragen:**

---



---

**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.
- Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei einem Wechsel der Versorgungsebene (hausärztliche / fachärztliche Versorgung) umgehend die Abteilung Qualitätssicherung - Langzeit-EKG - der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu informieren ist.

.....  
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