

## Qualitätssicherung

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

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

## Angaben zur apparativen Ausstattung im Bereich Langzeit-EKG

von Frau/Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_

BSNR / NBSNR \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass eine Überprüfung der apparativen Ausstattung erst erfolgen kann, wenn neben der Meldung der apparativen Ausstattung, auch die Gewährleistungsgarantie des Herstellers / Lieferanten vorliegt.

a) **Aufnahme-Einheit:**

Hersteller-/Vertriebsfirma: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

b) **Auswerte-Einheit: \***

Hersteller-/Vertriebsfirma: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung: \_\_\_\_\_

Evtl. Baujahr: \_\_\_\_\_

\* Auch bei Auswertung durch einen anderen Arzt ist die Auswerteeinheit zu benennen.

Gemeinschaftliche Nutzung des Auswertegerätes:  ja  nein

Falls ja, Name des Praxisinhabers und Standort des Gerätes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers  
ggf. Vertragsarztstempel

Wir bitten außerdem zu beachten, dass die **Bestätigung** hinsichtlich der Geräteeinrichtung **ausschließlich** von der **Hersteller- / Lieferfirma** ausgefüllt wird, da diese sonst nicht anerkannt werden kann.