

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Langzeit-EKG

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Langzeit- elektrokardiographischen Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

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
Substitution & weitere Genehmigungen

Stefanie Gilmer
Tel 069 24741-6354
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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
 in Praxis/BAG _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
 Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
 Name der Einrichtung
- Instituts-
 Ermächtigung _____ BSNR _____
 Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
 Assistent _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben

² 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/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Hausärztlicher Versorgungsbereich

- GOP 03322 EBM Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- GOP 03241 EBM Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin

- GOP 04322 EBM Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- GOP 04241 EBM Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

Leistungen der Inneren Medizin

- GOP 13252 EBM Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- GOP 13253 EBM Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

Leistungen der Physikal. u. Rehabil. Medizin

- GOP 27322 EBM Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- GOP 27323 EBM Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Kreuzen Sie bitte hier den für Sie zutreffenden Weiterbildungsgang an und fügen Sie die Qualifikationsnachweise in Kopie diesem Antrag bei.

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“**, vgl. Abschnitt C Ziffer 4 Satz 3 der QS-Vereinbarung

ODER

- Zeugnisse / Bescheinigungen über die selbständige Durchführung von **mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung**, vgl. Abschnitt C Ziffer 4 Satz 1 der QS-Vereinbarung

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen werden/wird folgende(s) Gerät(e) benutzt:

Aufzeichnungsgerät(e) / Erklärung zur gemeinsamen Apparatennutzung

Gemäß beigefügter Anlage „Erklärung zur Apparatur – Aufzeichnungsgerät“

→ Bitte die Erklärung(en) zur Apparatur (Anlage zum Antrag) beifügen.

Auswertegerät(e) / Erklärung zur gemeinsamen Apparatennutzung

Gemäß beigefügter Anlage „Erklärung zur Apparatur – Auswertegerät“

→ Bitte die Erklärung(en) zur Apparatur (Anlage zum Antrag) beifügen.

Gewährleistungserklärung des Herstellers / der Vertriebsfirma (pro Gerät)

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderung an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B QS-Vereinbarung ist eine Gewährleistungserklärung des Herstellers / der Vertriebsfirma **pro Gerät** beizufügen.

Bei gemeinsamer Apparatennutzung:

Die Gewährleistungserklärung(en) des/der vorgenannten Kollegin(nen) liegt/liegen der KVH bereits vor (nicht älter als 5 Jahre).

Die Gewährleistungserklärung(en) des/der vorgenannten Kollegin(nen) wurde in Kopie diesem Antrag beigefügt (nicht älter als 5 Jahre).

Erklärungen und Hinweise

- Mir ist bekannt, dass ich **Änderungen** hinsichtlich meiner Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen sowie Änderungen des Zulassungsstatus **unverzüglich der Abteilung Qualitätssicherung mitzuteilen** habe.
- **Jede Veränderung an der zugelassenen Einrichtung** zum Langzeit-EKG ist ebenfalls der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen **mitzuteilen** und die entsprechenden Unterlagen sind vorzulegen.
- Unabhängig von den apparativen Anforderungen der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 12. Dezember 1991 sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere das Medizinproduktegesetz zu beachten.
- **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.**

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum Unterschrift des Antragsstellers ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

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

Stand: 27.10.2017