

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

Anlage zum Antrag Langzeit-EKG

Erklärung zur Apparatur – AUFZEICHNUNGSGERÄT

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

Gerätestandort:

- 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

Angaben zur apparativen Ausstattung

Für die Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen steht mir das nachfolgende Aufzeichnungsgerät zur Verfügung

Aufzeichnungsgerät

Hersteller / Vertriebsfirma _____

Gerätebezeichnung _____

Baujahr _____

Eigentümer der Apparatur _____

Standort der Apparatur (Straße, PLZ, Ort) _____

Gemeinsame Apparaturnutzung

Ja Nein

Gerätebezeichnung _____ Standort/BSNR _____

Name _____ Anschrift _____

Gerätebezeichnung _____ Standort/BSNR _____

Name _____ Anschrift _____

Gerätebezeichnung _____ Standort/BSNR _____

Name _____ Anschrift _____

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