

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

## Anlage zum Antrag Langzeit-EKG

### Erklärung zur Apparatur – AUSWERTEGERÄT

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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- 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.

<sup>1</sup> 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 Auswertegerät zur Verfügung

#### Auswertegerät

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 Kassenzahnärztlichen 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