

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

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Angaben zur apparativen Ausstattung und Gewährleistungserklärung (Der Abschnitt zur Bestätigung/Gewährleistungserklärung ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen)

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

von Frau/Herrn Dr. med.: _____

BSNR/NBSNR: _____

Adresse: _____

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle vom 1. Oktober 2018 entspricht.

Anwendungsgeräte: (Verbleibende Leerzeilen bitte durchstreichen)

Zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens 3 Kanälen

Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Zur Funktionsanalyse implantatspezifisch geeignete Programmiergeräte

1. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

2. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)


3. Hersteller: _____

Bezeichnung: _____

Baujahr: _____

Standort des Gerätes: _____
(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Vielen Dank für die Nennung eines Ansprechpartners:

Frau / Herr _____ 

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Lieferanten

Hersteller bzw. Lieferfirma haften in vollem Umfang für die Richtigkeit der in dieser Gewährleistungserklärung gemachten Angaben.

Folgende Fragen sind vom antragstellenden Arzt zu beantworten:

Standort der Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle / Eigentumsverhältnisse

- eigene Praxis mit BSNR _____ / NBSNR _____
- an anderer Stelle mit BSNR _____ / NBSNR _____
- Gemeinschaftliche Nutzung mit: _____
- Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab: _____

Weitere Einrichtungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle:

Werden weitere Einrichtungen, die vorstehend nicht genannt sind, betrieben bzw. mitbenutzt ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung der Einrichtung: _____

Standort der Einrichtung: _____

Betreiber der Einrichtung: _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der Einrichtung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
Stempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Stand: 28.09.2018