

Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Funktionsanalysen
eines Herzschrittmachers (EBM-Nr. 13552) nach der Vereinbarung von
Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV _____

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Nachweis der fachlichen Voraussetzung

Ich bin

Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“.

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Kardiologie“

oder

Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

oder

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung

und erbringe im **Wesentlichen** internistische Leistungen

und

nehme an der fachärztlichen Versorgung teil.

Hinweis: Nach dem EBM ist die Abrechnung der Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers nur den Ärzten vorbehalten, die an der fachärztlichen Versorgungsstruktur teilnehmen.

und

Selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Funktionsanalysen eines Herz-schrittmachers oder implantierten Defibrillators unter Anleitung, davon mindestens 20 Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators, einschließlich telemetrischer Abfrage und gegebenenfalls Umprogrammierung, innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung auf die Genehmigung.

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen habe ich ein entsprechendes Zeugnis beigefügt.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

(Bitte Kopien der Gerätebücher beifügen)

Ich weise folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach:

1. ein zur Herzschrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

2. eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

3. ein zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers geeignetes Programmiergerät

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen an die apparative Ausstattung dauerhaft aufrecht zu erhalten.

Erklärung nach § 5 Abs. 4

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KV Bremen die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers entsprechen.

(ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung nicht erteilt werden.)

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes