



**Antrag**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Langzeit-**  
**Elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß der Vereinbarung von**  
**Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V in der**  
**vertragsärztlichen Versorgung**

**Angaben des Antragstellers:**

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

Ich stelle diesen Antrag für mich  oder für meinen angestellten Arzt

*Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) zu stellen.*

**Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:**

\_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

**Angaben zu dem Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:**

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Anerkennung durch die Ärztekammer des Landes)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von)

\_\_\_\_\_  
(Gemeinschaftspraxis mit)

\_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Bitte ankreuzen:

- im Rahmen einer Zulassung
- im Rahmen einer Ermächtigung im Krankenhaus  
Name der Einrichtung.....
- im Rahmen einer Institutsermächtigung (z.B. Krankenhaus)  
Name der Einrichtung .....
- im Medizinischen Versorgungszentrum  
Name der Einrichtung .....

**BEANTRAGTE LEISTUNGEN:**

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG's von mindestens 18 Stunden Dauer
- Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG's von mindestens 18 Stunden Dauer

**NACHWEIS DER FACHLICHEN VORAUSSETZUNGEN:**

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch:

- die Facharztanerkennung für "Innere Medizin"

**oder**

- das beigefügte Zeugnis/Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen einschließlich Auswertung und Beurteilung

**NACHWEIS DER APPARATIVEN VORAUSSETZUNGEN FÜR DAS AUFNAHME-GERÄT::**

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Technischer Datenbogen / Gewährleistungsgarantie“

- ist dem Antrag beigefügt
- wird nachgereicht.

Hersteller: \_\_\_\_\_

Gerät: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

**NACHWEIS DER APPARATIVEN VORAUSSETZUNGEN FÜR DAS AUSWERTE-GERÄT:**

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Technischer Datenbogen / Gewährleistungsgarantie“

- ist dem Antrag beigefügt
- wird nachgereicht.

Hersteller: \_\_\_\_\_

Gerät: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

**NACHWEIS DER APPARATIVEN VORAUSSETZUNGEN –  
STANDORT DES AUSWERTE-GERÄTES:**

Das Langzeit-EKG-Auswertegerät steht

- a)  in meiner Praxis
- b)  in den Räumen der Apparategemeinschaft

---

---

---

- c)  im Krankenhaus

---

---

---

- In den Fällen b) und c) wird mir ein Befundbericht zur Verfügung gestellt.
- In den Fällen b/ bzw. c) wird mir ein Gesamtausschrieb zur Verfügung gestellt.
- Ich nehme persönlich die computergestützte Auswertung der kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG's mit mindestens zweikanaliger Ereigniskontrolle am Monitor und gleichzeitig echtzeitanaloger Dokumentation (mindestens 25 mm/sec.) signifikanter Ereignisse vor.

Ab 1996 dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit solchen Geräten durchgeführt werden, die die aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und der KVHB gemeldet wurden (Abschnitt B. der Langzeit-EKG-Vereinbarung).

*Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung etc.), die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind. Die Kommission Langzeit-EKG kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung an die Abteilung Zulassung / Genehmigung abgeben.*

---

(Ort/Datum )

---

(Unterschrift/Arztstempel)

# HERSTELLERGARANTIE

Bitte vom Hersteller vollständig ausfüllen lassen und an die KVHB zurücksenden.

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Zulassung/Genehmigung  
Schwachhauser Heerstraße 26/28

28209 Bremen

FAX (0421) 34 04-337

**Herstellergarantie zur Erfüllung der apparativen Voraussetzungen  
für die Durchführung und Abrechnung von Langzeit-Elektrokardiographischen  
Untersuchungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135  
Abs. 2 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung**

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
(Praxisadresse)

betreibt folgendes Langzeit-EKG-Gerät:

**Es wird bestätigt, dass die in Abschnitt B der Langzeit-EKG-Vereinbarung geforderten Voraussetzungen mit dem Gerät vollständig erfüllt werden.**

- Das Langzeit-EKG-Gerät gewährleistet eine kontinuierliche Aufzeichnung über 24 Stunden bei simultaner, mindestens 2-kanaliger EKG-Ableitung.
- Die kontinuierliche oder diskontinuierliche Auswertung stellt sicher, dass alle wichtigen Ereignisse erfasst werden. Als wichtige Ereignisse gelten:
- Asystolie über 2,0 sec. Dauer
  - supraventrikuläre Tachykardie
  - Vorhofflimmern
  - Vorhofflattern
  - ventrikuläre Extrasystolen
  - höhergradige tachykarde ventrikuläre Rhythmusstörungen
  - Kammertachykardie
  - Kammerflattern
  - Kammerflimmern
- Der im Auswertungssystem verfügbare Dokumentationsspeicher gewährleistet, dass auch bei gehäuft auftretenden Ereignissen eine in quantitativer Hinsicht korrekte Beurteilung möglich ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift, Firmenstempel)