



**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**

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 Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

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

Fachliche 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

Apparative Voraussetzungen

Aufnahme-Gerät:

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

- ist dem Antrag beigefügt
- wird nachgereicht.

Hersteller: _____

Gerät: _____

Gerätetyp: _____

Auswerte-Gerät:

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

- ist dem Antrag beigefügt
- wird nachgereicht.

Hersteller: _____

Gerät: _____

Gerätetyp: _____

Standort des Auswerte-Gerätes:

Das Langzeit-EKG-Auswertegerät steht

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

(Praxisanschrift)

- c) im Krankenhaus

(Krankenhausanschrift)

- 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.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

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