

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 2 **QS-Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Name:

Facharzt für

1. **Fachliche Anforderungen**

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“	Nachweise beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

und

Ich versichere, dass ich mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung selbständig durchgeführt habe (Abschnitt A Abs. 1 und 2 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

2. **Apparative Ausstattung für die Geräte zur Aufzeichnung**

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung an die Geräte zur Aufzeichnung erfüllt sind (Abschnitt B Abs. 3.1 QSV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

3. **Apparative Ausstattung für die Geräte zur Auswertung**

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung an die Geräte zur Auswertung erfüllt sind (Abschnitt B Abs. 3.2 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Die Langzeit-EKG-Auswertegeräte werden genutzt:		Bitte ankreuzen:
a)	in meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
b)	in einer Nebenbetriebsstätte (Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume)**	<input type="checkbox"/>
Adresse:		
c)	im Rahmen einer Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Adresse:		
d)	im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Name des Krankenhauses:		

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift

**Mehrfachnennung bitte auf weiterem Formular vornehmen