



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung von Langzeit-EKG Untersuchungen

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Beantragte Leistungen

Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten
Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden

III. Fachliche Anforderungen

3. Folgende Anforderungen werden erfüllt:

3.1 Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Arzt für Innere Medizin

ja nein

oder

3.2 Nachweis über die selbständige Auswertung und Beurteilung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung (Nachweis bitte beifügen!)

ja nein

IV. Apparative Ausstattung für das Gerät zur Aufzeichnung

Gerätebezeichnung:
(Bitte angeben)

Hersteller:
(Bitte angeben)

vom Hersteller vollständig ausgefüllter und unterschriebener Technische Datenbogen/Gewährleistungsgarantie für das Aufzeichnungsgerät ist beigelegt

V. Apparative Ausstattung für das Gerät zur Auswertung

Gerätebezeichnung:
(Bitte angeben)

Hersteller:
(Bitte angeben)

vom Hersteller vollständig ausgefüllter und unterschriebener Technische Datenbogen/Gewährleistungsgarantie für das Aufzeichnungsgerät ist beigelegt

Das Langzeit-EKG-Auswertegerät wird genutzt in:

a) meiner Praxis

b) einer Nebenbetriebsstätte (Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume)

.....
(Angabe der vollständigen Adresse – Mehrfachnennung bitte auf extra Blatt)

c) im Rahmen einer Apparategemeinschaft

.....
(Angabe der vollständigen Adresse)

VI. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KVBB am erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

VII. Allgemeines

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Einrichtungen bezüglich der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Abs. B der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.