

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und 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

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.