

Antrag auf Genehmigung:

Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 10 Abs. 2 Nr. 2 aufgeführt.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Leistungen

- I Herzschrittmacherkontrollen
- II Herzschrittmacher- und ICD-Kontrollen
- III Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrollen

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie

oder

- Innere Medizin und Kardiologie
 - Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

oder

- In Abhängigkeit der oben beantragten Leistungen: Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung von

I 200 Herzschrittmacherkontrollen

II 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen

III 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen

Hinweis: Soweit die geforderte Anzahl unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurde, können innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Untersuchungen angerechnet werden.

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- die Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt werden (§ 6).
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- bei der Durchführung telemedizinischer Leistungen die Anforderungen nach Anlage 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte erfüllt werden.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person