

**Antrag auf Genehmigung:**

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://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

<sup>1</sup> 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