



**Antrag**

auf Genehmigung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen (LZ-EKG) Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung Langzeit-elektrokardiographischer Untersuchungen

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....  
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

**Ärztliche Tätigkeit**

als Facharzt für: .....

ab (Datum): .....

- Niederlassung in Einzelpraxis
- Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft
- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
- im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- Anstellung in Einzelpraxis
- Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

**Antrag bezieht sich auf**

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

## 1 Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers

### 1.1 Facharzt

- Facharzt für **Innere Medizin**
- Facharzt für **Innere Medizin**, Schwerpunkt Kardiologie
- Facharzt für **Innere und Allgemeinmedizin**
- Facharzt für **Kinder- und Jugendmedizin**, Schwerpunkt Kinder-Kardiologie

oder

### 1.2 Andere Facharztausbildung

- Facharzt für .....

und

- Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten LZ-EKG-Untersuchungen, einschließlich deren Auswertung und Beurteilung (bitte dem Antrag beifügen)

#### Hinweise:

Gemäß der Ergänzung des Vorstandsbeschlusses der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vom 07.03.2012 ist bei der Beantragung der Genehmigung für die Auswertung von kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG der Arzt aufgefordert, eingehende Kenntnisse in der Elektrokardiographie im Rahmen eines Kolloquiums nachzuweisen. Dies gilt nicht für alle unter dem Punkt 1.1 genannten Arztgruppen.

## 2 Beantragte Leistungen

Es wird die Genehmigung für folgende Leistungen beantragt:

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

## 3 Standort der Geräte

**Adresse:** .....

.....

**Betreiber:** .....

.....

Gemeinsame Apparatennutzung

- ja
- nein
- Nutzungsvertrag ist beigelegt

#### 4 Apparative Ausstattung – Gewährleistungsgarantie des Herstellers

Für die Durchführung der LZ-EKG-Untersuchungen stehen folgende Geräte zur Verfügung:

##### Aufzeichnungsgerät:

Herstellerfirma: .....

Typ: ..... Baujahr: .....

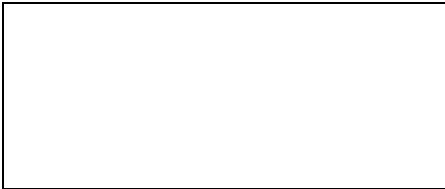
##### Auswertungsgerät:

Herstellerfirma: .....

Typ: ..... Baujahr: .....

Hiermit wird bestätigt, dass die verwendeten Geräte den Anforderungen nach Abschnitt B der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 1. April 1992 sowie den Sicherheitsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) entsprechen.

Der Nachweis der apparativen Voraussetzungen ist durch Stempel und Unterschrift der Hersteller-/Service- oder Lieferfirma zu erbringen.



.....  
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift d.  
Hersteller-/Service-/Lieferfirma

#### 5 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Der Unterzeichner verpflichtet sich, jede Änderung an der gemeldeten Apparatur unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitzuteilen.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass bei Zweifeln an der fachlichen Qualifikation des Leistungserbringers auch von Internisten ein Kolloquium bei der KV Sachsen zu absolvieren ist.

Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise des Leistungserbringers sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigelegt.



.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ-Vertretungsberechtigter oder anstellender Arzt)

Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer(in)  
(sofern abweichend vom Antragsteller)