

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

### Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Langzeit-EKG Leistungen

gemäß der Langzeit-EKG-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

<b>Grund der Antragstellung</b>	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistungen**

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

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum
  - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
  - Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
  - Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

\_\_\_\_\_  
Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß Abschnitt A der QS-Vereinbarung**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Arzt für Innere Medizin"

**oder**

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung

**Apparative Nachweise gemäß Abschnitt B der QS-Vereinbarung**

- Gerätenachweis ausgefüllt vom Hersteller oder Lieferanten



### VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Langzeit-EKG Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Langzeit-EKG. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)