

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Langzeit-EKG
Untersuchungen im Rahmen der ASV –
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.

Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (GOP 04241, 04322 EBM)

Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin
 Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

mit folgendem Nachweis (ist der Anzeige beizufügen):

- Zeugnis über mindestens 100 selbständig durchgeführte, kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit EKG- Untersuchungen einschließlich Auswertung und Beurteilung

Apparative Ausstattung

Für die Untersuchungen verwende ich an dem Tätigkeitsort das folgende **Langzeit- EKG-Aufnahmegerät** mit kontinuierlicher Aufzeichnung über 24 Stunden:

_____ Firma _____ Gerätetyp _____ Baujahr

und das Auswertegerät:

_____ Firma _____ Gerätetyp _____ Baujahr

Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers ist der Anzeige beizufügen (Seite 5).

- Die Auswertung erfolgt in Apparategemeinschaft: _____
Name der Apparategemeinschaft

Bitte fügen Sie das Formular Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft der Anzeige bei (Seite 4).

- Die Auswertung wird durch Überweisung veranlasst.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arztstempel

**Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft
(Gemeinsame Gerätenutzung)**

(Bitte leserlich ausfüllen)

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

Adresse: _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.-Nr.: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Das Gerät wird für folgende Leistungen eingesetzt: _____

Das Gerät wird von folgenden Ärzten mitgenutzt: _____

Das Gerät wird gemeinsam genutzt seit: _____

Ich bin als Eigentümer des Geräts mit der gemeinsamen Nutzung der oben aufgeführten Ärzte einverstanden: _____ (Name/Unterschrift des Eigentümers)

Name/Unterschrift

von allen mitnutzenden Ärzten:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/ Datum _____

Gewährleistungsgarantie (von der Herstellerfirma auszufüllen)

zur Durchführung von Langzeit- elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß Abschnitt C Nr. 4 der Langzeit- EKG-Vereinbarung vom 12. Dezember 1991

Name der Vertragsärztin / des Vertragsarztes: _____

Praxis (Gerätestandort): _____

Aufzeichnungsgerät:

Hersteller: _____

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

Auswertegerät:

Hersteller: _____

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

Die Aufnahme der Langzeit- EKG´s erfolgt: kontinuierlich diskontinuierlich

Die kontinuierliche oder diskontinuierliche Auswertung muss sicherstellen, dass alle wichtigen Ergebnisse erfasst werden.

Als wichtige Ergebnisse gelten:

- Asystolie über 2,0 sec.
- Dauer supraventrikuläre Tachykardie
- Vorhofflimmern
- Vorhofflattern ventrikuläre Extrasystolen
- höhergradige tachykarde ventrikuläre Rhythmusstörungen
- Kammertachykardie
- Kammerflattern
- Kammerflimmern

Hiermit wird bestätigt, dass das o. g. Gerät den Anforderungen nach Abschnitt B Apparative Voraussetzungen der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 12. Dezember 1991, entspricht.

Ort / Datum

Unterschrift / Firmenstempel