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 – gynäkologische Tumore

Hinweise:
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumore. 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 13252, 13253 EBM)

Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

☐ Innere Medizin und Kardiologie

☐ Innere Medizin und Angiologie

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

Arzt-/Krankenhausstempel

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
(nur vom Hersteller 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 Vorraussetungen der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 12. Dezember 1991, entspricht.

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift / Firmenstempel