

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-elektrokardiographischen Untersuchungen
im Rahmen der ASV – urologische Tumore**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren. 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 Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

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 Fachärztin / Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie.

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.

- Die Auswertung erfolgt in Apparategemeinschaft: _____
Name der Apparategemeinschaft
- Die Auswertung wird durch Überweisung veranlasst.

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 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 _____