

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

Hinweise:

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 anzudeuten 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

Ich bin Facharzt für

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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Qualifikationsnachweise

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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

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 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

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 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