

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/913555](http://www.kv-rlp.de/913555)

**ANTRAG**  
**zur Ausführung und Abrechnung von**  
**Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen**

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen für Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen  
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

**I. Angaben zum Leistungserbringer**

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

Folgende Leistungen (GOP-EBM) werden beantragt:

Aufzeichnung eines Langzeit-EKG

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 03322 (Hausarzt)   | <input type="checkbox"/> 13252 (Facharzt)                                   |
| <input type="checkbox"/> 04322 (Kinderarzt) | <input type="checkbox"/> 27322 (Facharzt Physik. u. Rehabilitative Medizin) |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 03241 (Hausarzt)   | <input type="checkbox"/> 13253 (Facharzt)                                   |
| <input type="checkbox"/> 04241 (Kinderarzt) | <input type="checkbox"/> 27323 (Facharzt Physik. u. Rehabilitative Medizin) |

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid beifügen) | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-------------------------------|

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Ich bin zur Führung der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt  
oder

bin Facharzt für \_\_\_\_\_ und habe mindestens  
100 Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung, selbständig durchgeführt.

**Bitte die entsprechenden Urkunden/Zugnisse beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

## IV. Apparative Voraussetzungen

Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind mittels einer Gewährleistungsgarantie von der jeweiligen Hersteller- bzw. Lieferfirma auszufüllen und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen (s. Anlage).

Sofern bereits gemeldete(s) Untersuchungsgerät(e) eingesetzt werden/wird sind die Geräte und der derzeitige Betreiber anzugeben.

Derzeitige(r) Betreiber .....

Geräte-Bezeichnung .....Herstellerfirma: .....

Geräte-Bezeichnung .....Herstellerfirma: .....

## V. Allgemeines

- Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-  
tragsarzt, MVZ, Institut)