

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/582564

ANTRAG

zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie

Qualitätssicherungsvereinbarung Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
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 GOP - EBM

30900 Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

III. Anforderungen an die fachliche Befähigung

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

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

ja nein

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
oder

besitze die Berechtigung zum Führen folgender Gebiets- / Schwerpunktbezeichnung:

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Innere Medizin und Pneumologie oder Kardiologie

Innere Medizin

Allgemeinmedizin

Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderheilkunde

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Neurologie

Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

und

habe innerhalb von sechs Monaten während der letzten zwölf Monate erfolgreich an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen teilgenommen (§ 4, Abs. 2 b und c der Vereinbarung).

Bitte Kursbescheinigung beifügen.

IV. Apparative Voraussetzungen

- Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen ist mittels der Erklärung zur apparativen Ausstattung und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen sowie gegenüber der KV RLP nachzuweisen (s. Anlage).

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

Derzeitige(r) Betreiber

Geräte-BezeichnungHerstellerfirma:

Geräte-BezeichnungHerstellerfirma:

V. Allgemeines

- Die Polygraphie darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Gegebenheiten in der Praxis durch die Fachkommission der KV RLP.

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 Vertragsarzt, MVZ, Institut)