

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der telemedizinischen Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der telemedizinischen Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gemäß Anlage 31 Bundesmantelvertrag.

Fachliche Qualifikation

- Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie
- Facharzt für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie

Beantragte EBM-Ziffern

- Telemedizinische Funktionsanalysen eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators nach den GOP 13574 bzw. 04414 EBM
- Telemedizinische Funktionsanalysen eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie CRT-D und CRT-P nach den GOP 13576 bzw. 04416 EBM

Technische Anforderungen

- Die jeweils aktuellen Empfehlungen zur Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis/ Einrichtung werden von mir/meiner Einrichtung beachtet.
- Es ist gewährleistet, dass die Daten ausschließlich zur Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und CRT-P/ CRT-D-Systemen erstellt und verwendet werden.
- Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters können in meiner Praxis/Einrichtung eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter zugeordnet werden.

Anforderungen (Vertragsarzt/ angestellter Arzt/ ermächtigter Arzt)

Im Rahmen der telemedizinischen Versorgung stelle ich als behandelnder Arzt sicher, dass:

- die Indikation zur Behandlung des Patienten für eine telemedizinische Untersuchung gemäß dem Anwendungsbereich der Anlage 31 Bundesmantelvertrag besteht.
- der Patient die Voraussetzungen, einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen, für eine telemedizinische Untersuchung gemäß der Anlage 31 Bundesmantelvertrag erfüllt.

und

- der Patient für den Anwendungsbereich der Anlage 31 Bundesmantelvertrag die notwendigen Zustimmungen und Einverständniserklärungen erteilt.
- ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontrakt wird regelmäßig und in angemessener Weise entsprechend der Anlage 31 erfolgen.

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt der Anlage 31 BMV-Ä zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.
2. Ich bin einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Praxisbegehung nach § 5 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Überprüfung der apparativen Ausstattung durch die zuständige Qualitätssicherungskommission durchführen kann.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte