

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz  
als ärztliches telemedizinisches Zentrum**

**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 von Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz als ärztliches telemedizinisches Zentrum gemäß der Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (QS TMHi)**

### Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie / Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie
- Der Nachweis liegt der KVSA bereits vor.
- Der Nachweis ist beigelegt.

und

- Ich verfüge bereits über eine gültige Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Funktionskontrollen von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten **der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt**.

**Hinweis:**

Sollten Sie bisher nicht über eine entsprechende Genehmigung der KVSA verfügen, reichen Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Funktionskontrollen von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten mit ein. Der Antrag ist zu finden unter [www.kvsa.de](http://www.kvsa.de)>Genehmigungen>Rhythmusimplantat-Kontrolle

### Apparative Ausstattung

- Alle verwendeten kardialen Aggregate und externen Messgeräte und das Zubehör dieser Geräte erfüllen die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 und 3 QS-V TmHi.
- Die entsprechende Erklärung des Herstellers (Gewährleistungsgarantie) ist beigelegt.

Für die Umsetzung des Telemonitorings werden verwendet:

- Kardiale implantierbare Aggregate
- ICD
- CRT-P
- CRT-D
- externe (Mess-)Geräte zur Erfassung des Körpergewichts, der elektrischen Herzaktion, des Blutdrucks und zur Übermittlung der vom Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung seines allgemeinen Zustandes.

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen

\_\_\_\_\_  
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