

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**Erklärung Apparategemeinschaft - Aufzeichnungs- bzw. Auswertegeräte**

**Anlage zum Antrag Langzeit-EKG auf Genehmigung zur Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen nach der Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V**

**(bei gemeinsamer Apparatennutzung mit einer anderen Praxis/MVZ/Klinik)**

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

**Angaben zum gemeinsam genutzten AUFZEICHNUNGSGERÄT**

**Persönliche Angaben zum Nutzer des Gerätes**

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Hersteller \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

Eigentümer der Apparatur \_\_\_\_\_

Standort der Apparatur (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 1

Stefanie Gilmer  
Tanja Dittmar  
Heike Morbitzer

Tel 069 24741-6354/ -6551 / -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.4@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

**Angaben zum gemeinsam genutzten AUSWERTEGERÄT**

**Persönliche Angaben zum Nutzer des Gerätes**

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Hersteller \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

Eigentümer der Apparatur \_\_\_\_\_

Standort der Apparatur (Strasse, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist. Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

- Eine Gewährleistungserklärung der Hersteller- bzw. Lieferfirma für die o. g. Apparatur(en) liegt der KV Hessen bereits vor.
- Eine Gewährleistungserklärung der Hersteller- bzw. Lieferfirma für die o. g. Apparatur(en) ist beigelegt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift des Antragstellers

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift Eigentümer der Apparatur