

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 3**    **Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle** **gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Name: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### **1. im Rahmen der ASV durchzuführende Untersuchungen**

<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacherkontrolle
<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle
<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle

#### **2. Fachliche Anforderungen**

Facharztbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Kardiologie	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusatzbezeichnung „Spezielle Rhythmologie“	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**und**

<b>Bei Durchführung der Herzschrittmacherkontrolle:</b> Ich versichere, dass ich eine selbständig Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen innerhalb von 36 Monaten vor der Anzeige durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Durchführung der Herzschrittmacher- und der ICD-Kontrolle:</b> Ich versichere, dass ich eine selbständig Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen innerhalb von 36 Monaten vor der Anzeige durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

---

<b>Bei Durchführung der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle:</b> Ich versichere, dass ich eine selbständig Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen innerhalb von 36 Monaten vor der Anzeige durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

### 3. Erklärung zur apparativen Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 4 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

---

Ort, Datum

---

Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

---

Unterschrift