

## Nachweis der Erfüllung der Vorgaben in der Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse

Bitte zurücksenden an: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Abt. Qualität & Plausibilitätsprüfung,  
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

  

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

Mir/uns ist bekannt, dass

- für die Durchführung telemedizinischer Leistungen die Anforderungen der GOP 13574 und 13576 (Telemedizinische Funktionsanalyse/Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie) bzw. der GOP 04414 und 04416 (Telemedizinische Funktionsanalyse/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kardiologie) erfüllt werden müssen.
- der Patient in diese besondere Versorgungsform eingewilligen muss.

Die Berechnung der vorgenannten Gebührenordnungspositionen setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben in der Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie voraus. Folgende technische Anforderungen werden von mir umgesetzt:

- ☐ Die jeweils aktuellen Empfehlungen zu Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis sind zu beachten.
- ☐ Es ist insbesondere zu gewährleisten, dass die Daten ausschließlich zur Funktionsanalyse von Kardiovertern beziehungsweise Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen erstellt und verwendet werden.
- ☐ Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters müssen eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter der Arztpraxis zugeordnet werden können

**Datum/Unterschrift** (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**