

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

**GEWÄHRLEISTUNGSERKLÄRUNG** (vom Hersteller bzw. der Vertriebsfirma auszufüllen) Qualitätssicherung  
Team 1

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

Stefanie Gilmer  
Heike Morbitzer  
Tel 069 24741-6354/ -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.4@kvhessen.de

**Wir bitten darauf zu achten, dass die Bestätigung über die Langzeit-EKG-Geräteein-  
richtung ausschließlich von der Hersteller- / Lieferfirma ausgefüllt wird, da diese  
sonst nicht anerkannt werden kann.**

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

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbe-  
zeichnungen 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 AUFZEICHNUNGSGERÄT

### Persönliche Angaben zum Nutzer des Gerätes

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

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

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

Hersteller \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

Eigentümer der Apparatur \_\_\_\_\_

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

**Das LZ-EKG-Aufzeichnungsgerät wurde/wird am \_\_\_\_\_ ausgeliefert.**

Das o. g. Gerät gewährleistet eine **kontinuierliche Aufzeichnung über 24 Stunden** bei simultaner, mindestens 2-kanaliger-EKG-Ableitung

