



Anlage 1

Zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle (GOP 13574, 13576 bzw. 04414, 04416)

Erklärung zur telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren und CRT-Systemen

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die nachfolgenden Punkte gemäß Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag - Ärzte erfüllt werden:

1 Einwilligung des Patienten (Nr. 8 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä)

Der Patient muss in die telemedizinische Funktionsanalyse einwilligen. Er ist vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und die Freiwilligkeit der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten beziehen und bedarf der Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.

2 Datenschutz und Datensicherheitsanforderungen in der Arztpraxis (Nr. 24 bis 32 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä)

- **Vertraulichkeit:** Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten.
- **Authentizität (Zurechenbarkeit):** Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters müssen eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter der Arztpraxis zugeordnet werden können.
- **Revisionsfähigkeit:** Die Dokumentation der abgerufenen Daten obliegt der Arztpraxis.
- **Nutzungsfestlegung:** Die Daten dürfen nur zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen durch die behandelnde Praxis erstellt und verwendet werden.

3 Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen (Nr. 37 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä)

- **Standards:** Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten. Insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an den Virenschutz, die Firewall und die weiteren Vorgaben zur Absicherung der IT-Infrastruktur der Arztpraxis.

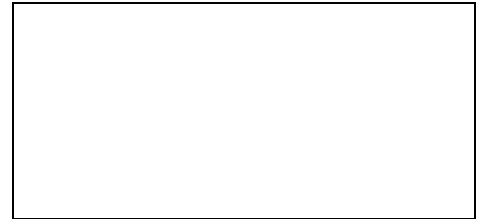
4 In der Praxis werden folgende Systeme zur telemedizinischen Abfrage verwendet:

(Bitte genaue Hersteller- und Systembezeichnung)

Herstellerbezeichnung	Softwarebezeichnung

Der Antragsteller versichert bei telemedizinischer Kontrolle zu gewährleisten, dass die Rückmeldung an den Patienten zu den Ergebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf **spätestens am nächsten Werktag, ansonsten innerhalb der drei nächsten Werktage** erfolgt (§ 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle).

Jede Änderung der apparativen Ausstattung wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen mitgeteilt.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)