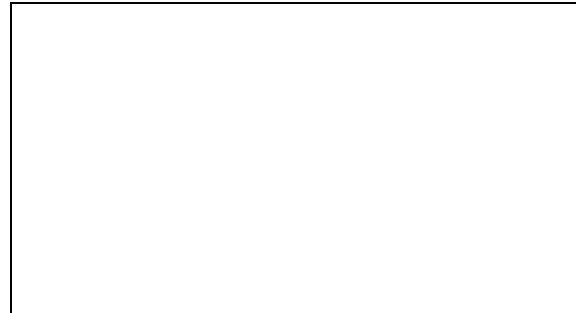


Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)



Stempel Antragsteller

## Anlage zum Antrag kardiorespiratorische Polygraphie

### Erklärung Apparatgemeinschaft

Für die Durchführung von vertragsärztlichen Leistungen steht mir das folgende Gerät der

\_\_\_\_\_

**Firma, Typ, Baujahr**

der / des

\_\_\_\_\_

**Eigentümer der Apparatur**

in

\_\_\_\_\_

**Standort der Apparatur (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)**

zur Verfügung.

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.


Leistungen die nicht delegierbar sind, werden von mir persönlich oder einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten erbracht.

Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Eigentümer der Apparatur 