

.....  
(Titel, Vor- und Zuname(n))

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

.....  
(Ordinationsadresse)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Ort, Datum)

- Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (**BVAEB**)
- Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (**SVS**)
- Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt **G r a z** (**KFA-G**)
- Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Landeshauptstadt **W i e n** (**KFA-W**)

### **Verrechnung von Notfall-EKG für § 2 Kassen**

Ich gebe bekannt, dass von mir EKG-Untersuchungen, gem. Punkt 4 der Sonderbestimmungen für Ärzte für Allgemeinmedizin, durchgeführt werden und ersuche um deren Verrechnung.

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Verrechnungsmöglichkeit von EKG-Leistungen nur auf Notfälle (Verdacht auf grobe Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder lebensbedrohliche Tachycardien, Infarkte und Stenocardien) bezieht und für andere EKG-Untersuchungen kein Honorierungsanspruch besteht.
2. Für die Durchführung von EKG-Untersuchungen steht mir folgendes Gerät zur Verfügung

Herstellerfirma:.....

Type:.....Baujahr:.....

3. Die fachliche Qualifikation wird durch die beiliegende Ausbildungsbestätigung nachgewiesen. (**Nur bei Ärztin/Arzt f. Allgemeinmedizin erforderlich**)

Nachweis:.....

.....  
(Unterschrift, Stempel)

Beilagen:

Ausbildungsnachweis (AM), Gerätenachweis (Kopie von Rechnung oder Lieferschein)

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

**Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!**  
**E-mail: [nglaerzte@ekstmk.or.at](mailto:nglaerzte@ekstmk.or.at) Fax.: (0316) 8044-135**