



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-799  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes**

gemäß Änderungsvereinbarung zur Überleitungsvereinbarung über Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstiges

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstiges

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



- Hiermit beantrage ich die Abrechnungsgenehmigung für den besonderen Betreuungsaufwand von Patienten mit Gestationsdiabetes (Pseudoziffer 99175) nach der Änderungsvereinbarung zur Überleitungsvereinbarung über Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 vom 11.09.2003 in der Fassung vom 27.12.2007

**Angaben zum Tätigkeitsort**

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										

**1. Fachliche Qualifikation:**

**Facharzt/ärztin f. Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung**

- Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**
- Subspezialisierung Diabetologie **oder**
- Zusatzbezeichnung Diabetologie

**Facharzt/ärztin f. Innere Medizin:**

- Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**
- Subspezialisierung Diabetologie **oder**
- Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie
- Facharzt/ärztin f. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**



### **2. Organisatorische Voraussetzungen:**

#### Personal

- Leitung der Praxis durch einen diabetologisch qualifizierten Arzt  
In dauerhafter Beschäftigung angestellt
  - mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG **oder**
  - ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeiteinstellung

#### Apparative Ausstattung

- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Standards **und**
- Sofort verfügbare qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung
- EKG **und**
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie

### **ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Ich verpflichte mich mindestens zweimal pro Jahr an einer anerkannten Diabetes-Fortbildungsveranstaltung teilzunehmen und den entsprechenden Nachweis der KV Berlin zu übersenden.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der Leistungen der vg. Änderungsvereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich habe entsprechende Nachweise (Zeugnisse, Urkunden, Bescheinigungen etc.) in Kopie beigelegt.

#### **HINWEIS**

Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass die Vergütung der Behandlung von Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1, die im EBM aufgeführt sind, nach diesem vergütet werden.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung