

Anlage 1 - Überschreitung der Zahl der Behandlungskontakte beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS), Meldung und Stellungnahme

Praxis des Antragstellers

*Eingangsvermerk der KV Berlin
Tagebuch-Nr.*

An die
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Diabetes – Kommission
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Berlin, den _____

**Überschreitung der Zahl der Behandlungskontakte beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS),
Meldung und Stellungnahme**

BSNR:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:			

Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	
Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß den DMP Verträgen zum Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist eine Überschreitung der maximalen Zahl an Behandlungskontakten beim Diabetischen Fußsyndrom möglich, wenn eine der folgenden Erkrankungen bei dem Patienten / der Patientin zusätzlich vorhanden ist (wie angegeben):

- Demenz
- Fehlende Adhärenz aufgrund von Krankheitsabwehr
- Vaskuläre Intervention und/oder Komplikation, die das Versorgungsgebiet des Ulkus betreffen, während der Ulkusbehandlung
- Prä- bzw. terminale Niereninsuffizienz/Dialyse

Folgender Grund/Komorbidität hat bei dem/der Patient/in, zu einer verzögerten Heilung geführt (Begründung):

Ich bitte um Prüfung des Vorgangs. Eine Fotodokumentation liegt diesem Schreiben bei.

Mit freundlichen Grüßen

von der Diabetes – Kommission auszufüllen*:

Zusätzliche Behandlungskontakte: _____ (Anzahl) oder

keine zusätzlichen Behandlungskontakte notwendig

Information an Antragsteller am: _____

Berlin, den

Die Diabetes – Kommission der KV-Berlin

* Die Bestätigungen der Diabetes-Kommission auf Weiterbehandlung sind auf Verlangen der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.