



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 242, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM-Nr. 02311)**

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 Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes nach der **EBM-Nr. 02311**.

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.									
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer							
2.									
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer							
3.									
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer							
4.									
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer							

Ich verfüge über folgende Qualifikation:

1. Berechtigung zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker **und** ich habe im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung **mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus** je Quartal behandelt.

ODER

2. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:
„Facharzt für Chirurgie/ Orthopädie/ Dermatologie“
und ich habe im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung **mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus** je Quartal behandelt.



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Behandlungen des diabetischen Fußes 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 beigefügt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung