



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 397
☎ (030) 31003 - 50730
✉ QS-Team5@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311 EBM)**
gemäß dem Abschnitt 2.3 EBM

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte Ärzte, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	_____
	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Voraussetzungen

Berechtigung zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker **und**

Schulungszertifikat liegt diesem Antrag bei

Schulungszertifikat liegt der KV Berlin vor

Durchführung der Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus je Quartal – im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung

ODER

Berechtigung zur Führen der Gebietsbezeichnung: „Facharzt für Chirurgie/Orthopädie/Dermatologie“ **und**

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt.)

Durchführung der Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus je Quartal – im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Behandlung des diabetischen Fußes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)