



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 597/ - 397, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Teilnahme an der 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 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 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. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
- 2. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
- 3. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
- 4. _____

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

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 **oder**
- 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 **und**
- 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 beigefügt.

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.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung