

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
 Abteilung Qualitätssicherung
 Masurenallee 6A
 14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-397
 Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Antrag auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie (bis zum Inkrafttreten der vg. Vereinbarung gilt: „wenn die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM erfüllt sind“)

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)

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

(Leistungserbringer)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen

der hyperbaren Sauerstofftherapie zur zusätzlichen Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach der EBM-Nr.

- 30216 Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit
- 30218 Hyperbare Sauerstofftherapie

A. Fachliche Befähigung

Es werden nachstehende Anforderungen gemäß § 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des EBM erfüllt:

1.1 Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

- „Innere Medizin“
- „Allgemeinmedizin“
- „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
- „Anästhesiologie“
- „Orthopädie und Unfallchirurgie“
- „Chirurgie“

1.2 mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.

- Nachweis ist beigefügt

ODER

1.3 mit gleichwertiger Qualifikation

- Nachweis ist beigefügt

B. Genehmigungsvoraussetzungen

- Das Druckkammerzentrum erfüllt die **personellen Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 1 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM
- Das Druckkammerzentrum erfüllt die **räumlichen Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM
- Organisatorische Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 3 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM:
Das Druckkammerzentrum ist gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziert.

ODER

- Für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom besteht eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM

(Name der Einrichtung)

(Anschrift der Einrichtungen)

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Hiermit verpflichte ich mich, dass ich bzw. der angestellte Arzt und das Druckkammerzentrum die Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 2 und 3 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erfülle/erfüllt.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Antragsbearbeitung:

Unvollständig ausgefüllte Antragsformulare, fehlende Nachweise sowie Verweise auf bereits vorliegende Unterlagen verzögern das Bearbeitungsverfahren.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung **erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift Leiter (Einrichtung/MVZ)