

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/377890

ANTRAG

zur Behandlung des diabetischen Fußes

(Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes)

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang

GOP 02311 EBM Behandlung des diabetischen Fußes

III. Fachliche Befähigung

Die Berechtigung zur Ausführung der Behandlung des Diabetischen Fußes wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

III.1 Ich bin Facharzt für _____

und

- habe die Qualifikation zur Durchführung der programmierten Schulungen für Diabetiker

und

- habe in den letzten 4 Quartalen durchschnittlich 100 Diabetiker/pro Quartal behandelt und über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz **abgerechnet**.

oder

- habe in den letzten 4 Quartalen durchschnittlich 100 Diabetiker/pro Quartal behandelt und weise dies mittels **Zeugnis oder Bescheinigung** nach.

Oder

III.2 Ich bin Facharzt für

- Orthopädie
 Chirurgie
 Dermatologie

und

- habe in den letzten 4 Quartalen durchschnittlich 100 Diabetiker/pro Quartal behandelt und über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz **abgerechnet**.

oder

- habe in den letzten 4 Quartalen durchschnittlich 100 Diabetiker/pro Quartal behandelt und weise dies mittels **Zeugnis oder Bescheinigung** nach.

IV. Allgemeines

- Leistungen zur Behandlung des diabetischen Fußes dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Behandlung des diabetischen Fußes nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)