

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

www.kv-rlp.de/377890

ANTRAG

auf Genehmigung zur Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen nach EBM 30214

(Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes)

im Rahmen einer Hyperbarer Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Name, Vorname

geb. am

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

Telefon

.....
E-Mail-Adresse

Telefon mobil

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

Telefon

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

Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang GOP EBM

Ich beantrage folgende Leistungen

GOP EBM Leistungslegende

30214 Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

III. Fachliche Anforderungen zur GOP 30214

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der oben genannten Leistung zur Hyperbaren Sauerstofftherapie wird aufgrund der folgenden Kriterien beantragt:

Die beantragende Einrichtung verfügt mindestens über einen Facharzt für

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie/Bezeichnung „Diabetologe deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)“
- Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie/Bezeichnung „Diabetologe deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)“

oder

- einen Arzt, der im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung, je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat **und** die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker (*für Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie muss die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachgewiesen werden*)

Zusätzlich wird die Beschäftigung von medizinischem Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung bestätigt (nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse).

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Räumliche Voraussetzungen

- Die vorhandenen Räumlichkeiten entsprechen den Anforderungen des § 6 Absatz 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum Ambulanten Operieren.
- Darüber hinaus ist die Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik vorhanden.

V. Organisatorische Voraussetzungen

- Durchführungsmöglichkeit entsprechender therapeutischer Maßnahmen
- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (zum Beispiel Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schumacher, Podologen)

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben und die Erfüllung der genannten Voraussetzungen:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

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

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift/Stempel MVZ/Institut

Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes