

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
Leistungen	30216 EBM Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit 30218 EBM Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
Fachliche Voraussetzungen	Facharzt für Innere Medizin Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für HNO-Heilkunde Facharzt für Anästhesiologie Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Facharzt im Gebiet Chirurgie	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	„Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder gleichwertige Qualifikation -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisatorische Voraussetzungen	Das Druckkammerzentrum ist gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle und räumliche Voraussetzungen	Das Druckkammerzentrum erfüllt die Anforderungen nach den §§ 3 und 4 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>	
Zustimmung	Ich bestätige, den Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes einschließlich der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
 Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
 Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
 ausführender, angestellter Arzt