

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung:

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (QS-Vereinbarung)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

* Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

Berechtigung zum Führen einer der nachfolgenden Facharztbezeichnungen

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| ▪ Innere Medizin | ▪ Anästhesiologie |
| ▪ Allgemeinmedizin | ▪ Orthopädie und Unfallchirurgie |
| ▪ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | ▪ Gebiet Chirurgie |

und

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder gleichwertige Qualifikation **und**
- Durchführung von mind. einer Behandlungsfolge der hyperbaren Sauerstofftherapie (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 3)

Voraussetzung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM

Die notwendigen Voraussetzungen werden in unserem Druckkammerzentrum erfüllt

oder

- Externe Kooperation:

Name, Anschrift

- Über Änderungen werde ich die KVSH zeitnah informieren.

Erklärung

- Es wird versichert, dass die in der Vereinbarung aufgeführten apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen dauerhaft erfüllt werden (§§ 4 und 5 der Vereinbarung).
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung zu überprüfen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Angestellte Person