

**Abteilung Abrechnung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 7959

@ Abrechnung-  
Genehmigung@kvsh.de

Stand:08/2024

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 Abtragungen ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremitäten beim diabetischen Fuß

<b>Wichtiger Hinweis</b>	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.		
<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>		
<b>Leistung</b>	Nr. 02311 EBM		
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Ich habe im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung die Behandlung von mind. 100 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal durchgeführt.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de/datenschutz">www.kvsh.de/datenschutz</a>		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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"> <li>Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>Arbeitszeugnisse</li> </ul>		<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