

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

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. 		
Leistung	Nr. 02311 EBM		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
Fachliche Voraussetzungen	Ich habe im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung die Behandlung von mind. 100 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal durchgeführt. Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker liegt vor.	ja <input type="checkbox"/>	nein <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, die Fußnote zur Ziffer 02311 EBM zur Kenntnis genommen zu haben.

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