



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach der **GOP 30214** gemäß Abschnitt 30.2.2 EBM im Rahmen der **hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Fachliche Voraussetzungen zur Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen nach der GOP 30214 EBM

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bin

- Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
oder
- Facharzt im Gebiet der Inneren Medizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin
 - mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie
 - bzw. Diabetologe DDG**oder**
- Ich verfüge über die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 02311 EBM
oder
- Im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung wurden je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt.

Der Nachweis über die Mindestbetreuungsanzahl erfolgt

- über die Abrechnung aus den letzten vier Quartalen
oder
- durch das in Kopie beigefügte Zeugnis
und
- die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker
(Fachärzte für **Chirurgie**, **Orthopädie** und **Dermatologie** müssen den Nachweis über die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht führen.)

Entsprechende Nachweise liegen bei.

und

Zusätzliche Voraussetzungen

Es wird qualifiziertes Fachpersonal mit der Kompetenz in lokaler Wundversorgung beschäftigt (Teilnahme an von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse).

Entsprechende Nachweise liegen bei.

und

Die Praxis verfügt über die

- Ausstattung für die angiologische und neurologische Basisdiagnostik
und
- Voraussetzung für entsprechende therapeutische Maßnahme

und

Es sind Räumlichkeiten gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren vorhanden. Die Voraussetzungen werden nachstehend bestätigt.

Leistungsort

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

und/oder

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

und/oder

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV der KVWL gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt.
- liegt der KVWL bereits vor. (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

1. Räumliche Ausstattung

Folgende Räume werden vorgehalten:

- Eingriffsraum
- Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung) getrennt vom Eingriffsraum
- Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial
- ggf. Ruheraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten

2. apparativ-technische Voraussetzungen

Eingriffsraum

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden
- ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag

Wascheinrichtung

Es wird Folgendes vorgehalten:

- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Darüber hinaus werden nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen erfüllt:

Instrumentarium und Geräte

Es wird Folgendes vorgehalten:

- fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterialien

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, ist in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

3. Hygienische Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- Dokumentation über Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Hygieneplan nach dem IfSG

4. Notfälle

In der Einrichtung, in der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V durchgeführt werden, sind folgende Voraussetzungen für Notfälle erfüllt:

- Organisationsplan für Notfälle/ Notfallplanung für Zwischenfälle ist vorhanden
- Teilnahme des Personals an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management
- Gewährleistung geeigneter Reanimationsmaßnahmen entsprechend dem Leistungsspektrum
- Notfallversorgung für Eingriffe gemäß § 115 b SGB V ist sichergestellt

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis,

zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich Angaben des Antragstellers:	für einen angestellten Arzt Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:
LANR:	LANR:
Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes, der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung **spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**.

Bei der Aufteilung der Praxis auf Räumlichkeiten an mehreren Orten muss es sich aus Patientensicht um eine einheitliche Praxis handeln. Als „Einheitlichkeit“ ist daher eine Erreichbarkeit von **maximal 30 Minuten Fahrzeit** zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen zugrunde zu legen.

Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:			
Bezeichnung:			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen: Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
Entfernung zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
	km		Fahrzeit

