



## Erklärung

zur Abrechnung von Leistungen nach den **GOP 30210 bzw. 30212**  
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:

**Voraussetzungen zur Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach GOP 30210 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**

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie

**oder**

Facharzt für Gefäßchirurgie

**oder**

Facharzt für Radiologie mit einer Genehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V

**Voraussetzungen zur Indikationsprüfung nach GOP 30212 EBM**

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

**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)**