Anlage 7

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Westfalen-Lippe

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Faxnummer: 0231/9432-1569
E-Mailadresse: versorgungsqualitaet@kvwl.de

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

Der Antrag wird gestellt für:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum:	
LANR, sofern bekannt:	

Zugelassen ☐ angestellt ☐ persönlich ermächtigt ☐	ab:	
Anstellung	bei:	
Facharztanerkennung	als:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit:		

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP zur Verbesserung der Versorgungssituation von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mir ist bekannt, dass ich zum Programmteil umfangreiche tagesaktuelle Informationen auf den Internetseiten der KVWL erhalte.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 20, die von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV, einzuhalten.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

A. Diabetes mellitus Typ 1:

An der Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

Koordinierender Hausarzt (Ausnahme) ☐
(§ 5 i. V. m. Anlage 3 dieser Vereinbarung)

Bitte zusätzlich die Kooperation mit Diabetologischen Schwerpunkpraxis (DSP) angeben:

1. _____
   Name, Anschrift

2. _____
   Name, Anschrift

Hinweis:
Der Nachweis einer aktuellen anerkannten diabetesspezifischen Fortbildung ist dem Antrag beizufügen.

Diabetologisch qualifizierter Arzt: ☐
(gem. § 4 Abs. 1 i.V.m. Anlagen 1a, 1b und 5 dieser Vereinbarung)

Und zusätzlich qualifiziert:

- zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie (Erfüllung der Anforderungen nach Punkt 1 a der Anlage 1 b bzw. Punkt 3 a der Anlage 1 a dieser Vereinbarung) ☐

- zur Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1 (Erfüllung der Anforderungen nach Punkt 1 b der Anlage 1 b bzw. Punkt 3 b der Anlage 1 a dieser Vereinbarung) ☐

- zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom (Erfüllung der Anforderungen nach Anlage 5 dieser Vereinbarung) ☐

Diabetologisch qualifizierter Pädiater ☐
(§ 4 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 dieser Vereinbarung)

Personelle Voraussetzung:
(Auszufüllen bei diabetologisch qualifiziertem Arzt und diabetologisch qualifiziertem Pädiater)

Ich beschäftige **mindestens eine in Vollzeit** (38,5 Wochenarbeitsstunden) tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sicherstellt. Anteilige DSP-Anerkennungen müssen jeweils im gleichen Verhältnis anteilige Diabetesberaterinnen vorhalten und nachweisen. **Kopien der Qualifikation des u. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen.** ☐

Vor- und Nachname Diabetesberater/in	**Vollzeit** mit Angabe der Wochenarbeitszeit	**Teilzeit** mit Angabe der Wochenarbeitszeit

B. Diabetes mellitus Typ 2:

An der Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

Koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)
(§ 6 Abs. 1 und 3 i. V. m. Anlage 4 dieser Vereinbarung)

Hausärztlicher Versorgungssektor:

- Facharzt für Allgemeinmedizin ☐
- Praktischer Arzt ☐
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung ☐
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ☐

Fachärztlicher Versorgungssektor für Ausnahmefälle:

- Facharzt für Nephrologie ☐
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dauerhafter Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ☐

Fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Arzt (DSP - Antrag siehe Anlage 6 - 2. Versorgungsebene)
(§ 6 Abs. 2 dieser Vereinbarung)

- mit der Option, in den vorgesehenen Ausnahmefällen als koordinierender Vertragsarzt tätig zu werden ☐
- mit Berechtigung zur Behandlung des diabetischen Fußsyndrom ☐

C. Patientenschulungen (gilt für Typ 1 und Typ 2):

Folgende Patientenschulungen gemäß DMP-A-RL bzw. nach Anlage 14 „Patientenschulungen“ der Diabetesvereinbarung sollen in der Praxis durchgeführt werden:
(Bitte die entsprechenden Schulungsprogramme angeben. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine zusätzliche Aufstellung dem Antrag bei.)

Kopien der jeweiligen Qualifikationen (Arzt und Diabetesberater/in) sind beizufügen.

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllt werden.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Des Weiteren erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Daten unter Beachtung der der datenschutzrechtlichen Anforderungen im Leistungserbringerverzeichnis veröffentlicht bzw. die nötigen Adressatenwie Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. Darunter fallen folgende Angaben

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer,
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und Versorgungsebenen und Berechtigungen im Rahmen des DMP

Ort u. Datum	**Unterschrift des Antragstellers** Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen! **(ggf. Vertragsarztstempel)**