KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Abrechnung der Leistung Behandlung des Diabetischen Fußes – Abtragung ausgedehnter Nekrosen

gemäß der Gebührenordnungsposition 02311 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Antragsteller/-in: ……..…
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in: …….……
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für: ……..

Tätigkeit im Rahmen einer:

☐ Niederlassung
☐ Angestelltentätigkeit
☐ Ermächtigung
☐ Vertretung
☐ Sicherstellungsassistenz für ……..…
☐ Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für …….

Wohnort
(nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KVS erfasst)

Straße, Nr.: ……..…

PLZ, Wohnort: ……..…

Telefon/Fax: ……..…

E-Mail: ……..…

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

2. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

3. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Leistung zur Behandlung des Diabetischen Fußes durch Abtragung ausgedehnter Nekrosen gemäß den Bestimmungen des EBM zur Gebührenordnungsposition 02311.

---

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Für alle Vertragsärzte gilt:
Durchführung der Behandlungen von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus je Quartal, im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung

(Bestätigung durch Unterschrift im Punkt 4)

2.2 Durchführung programmierter Schulungen für Diabetiker

2.2.1 Qualifikation zur Durchführung der Schulungen

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

AUßER

2.3 Facharzt

- FA für Chirurgie
- FA für Orthopädie
- FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Facharzturkunde:

☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt

2.3.1 Durchführung der Behandlungen von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus je Quartal (gemäß dem Vorstandsbeschluss vom 20.04.2005), im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung.

(Bestätigung durch Unterschrift im Punkt 4)

2.4 Genehmigung (anderer) KV

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

---

3 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

4 Nachweisersetzende Erklärung

Der Leistungserbringer erklärt, die geforderten Voraussetzungen unter den Punkten 2.1 oder 2.3.1 erfüllt zu haben.

(Arztstempel)

..... ……
Ort, Datum Unterschrift
(siehe Seite 1 oben)