



## Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP **30214** Betreuung des Patienten zwischen den Hyperbaren Sauerstofftherapien beim diabetischem Fußsyndrom

gemäß Anhang zum Abschnitt 30.2.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V)

### Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

### Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

### LANR:

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis                 | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft  | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung              |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                |

### Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:  
PLZ, Wohnort:  
Telefon/Fax:  
E-Mail:

### Antrag bezieht sich auf

#### Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:  
Telefon/Fax:  
E-Mail:  
BSNR:

#### Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:  
Telefon/Fax:  
E-Mail:  
NBSNR:

### 1 Beantragte Leistung

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Behandlung von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom mit der hyperbaren Sauerstofftherapie gemäß des Kapitels 30.2.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):

- GOP 30214** Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen  
→ hierfür sind zusätzlich personelle und räumliche Voraussetzungen erforderlich – Pkt. 3

### 2 Fachliche Voraussetzungen

#### Facharztrichtung

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie **oder**
- Innere **oder** Allgemeinmedizin **mit** Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ **bzw.** vergleichbar **oder** DDG-Diabetologie
- und/oder**
- Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie

#### Genehmigung 02311 Behandlung des diabetischen Fußes (Abtragung Nekrosen)

- Liegt vor
- Ist beantragt

### 3 Personelle und räumliche Voraussetzungen

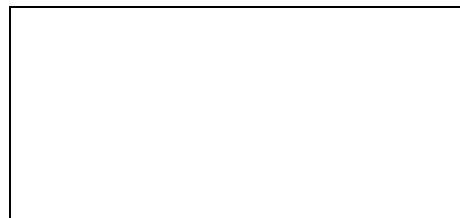
- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung (DDG-Nachweis oder gleichwertig)

#### Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen des Ambulanten Operierens

- Liegt vor
- Ist beantragt

### 4 Erklärung des/der Antragstellers(in)

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



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)