



### Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP **30216** und **30218**  
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom gemäß Anhang zum  
Abschnitt 30.2.2 des EBM

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:

- Niederlassung in einer Einzelpraxis  
 Niederlassung in einer Berufsausübungs-  
gemeinschaft

- Anstellung in einer Einzelpraxis  
 Anstellung in einer Berufsausübungs-  
gemeinschaft

- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)  
 im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- im Rahmen einer Ermächtigung  
 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 30216** Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit
- GOP 30218** Hyperbare Sauerstofftherapie

## 2 Fachliche Voraussetzungen

Die fachliche Qualifikation werden gemäß § 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „des EBM nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin   | <input type="checkbox"/> Anästhesiologie                |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> HNO-Heilkunde    | <input type="checkbox"/> Chirurgie                      |

### MIT

- „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. **oder**
- einer gleichwertigen Qualifikation

*Der entsprechende Nachweis ist beizufügen!*

## 3 Organisatorische Voraussetzungen

- Das Druckkammerzentrum ist gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziert

### ODER

- Für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom besteht eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM

.....  
(Name der Einrichtung)

## 4 Personelle und räumliche Voraussetzungen nur für die GOP 30218

- Das Druckkammerzentrum erfüllt die **personellen** und **räumlichen** Anforderungen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 des EBM

## 5 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.

Der Antragsteller bestätigt, dass das Druckkammerzentrum die Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 2 und 3 des Anhangs zum Abschnitte 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischen Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erfüllt.



.....  
Ort, Datum

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

Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

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