



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Teilnahmeerklärung

zur Abrechnung und Durchführung der GOP 30212 – Indikationsprüfung eines Patienten mit diabetischen Fußsyndroms vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum
(für Diabetologen DDG)

Gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) i.d.F. vom 7. November 2018

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 Berufsausübungsgemeinschaft
- Anstellung in einer Einzelpraxis
- Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- 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 Betreffende Gebührenordnungsposition/ Leistung

Indikationsprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum (gemäß fakultativem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 30212 des EBM).

2 Fachliche Voraussetzungen

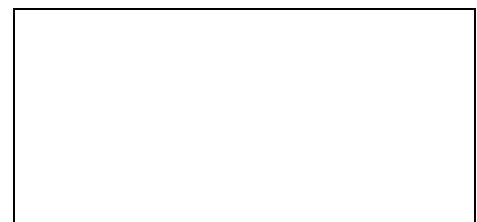
- **Facharzt für Innere Medizin**
- **Facharzt für Allgemeinmedizin**

sowie

- der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“

(Bitte Urkunde beilegen, soweit Antragsteller bzw. Leistungserbringer noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder die fachliche Qualifikation neu erworben wurde)

Hinweis: Auf diese Teilnahmeerklärung erfolgt keine Genehmigungserteilung /-bescheidung, sie dient lediglich zur Eintragung Ihrer Qualifikation sowie Besonderen Genehmigung zur Abrechnung der Überweisung an ein Druckkammerzentrum.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum

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