

**Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung  
als operativ spezialisierte Fußambulanz**

**Vereinbarung für ein Versorgungskonzept zur Betreuung und Behandlung von  
Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von  
strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes  
mellitus**

Ich besitze die Genehmigung zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß im Rahmen der Vereinbarung für ein Versorgungskonzept zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus als Fußambulanz und möchte als operativ spezialisierte Fußambulanz für folgende Krankenkassen tätig werden:

- AOK Sachsen-Anhalt
- IKK gesund plus
- Ersatzkassen
- Betriebskrankenkassen

Ich erfülle die Strukturqualität und verpflichte mich zur Einhaltung der Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität nach o. g. Vertrag und erfülle folgende Voraussetzungen als operativ spezialisierte Fußambulanz:

(1) persönliche Qualifikation des Arztes

- FA für Dermatologie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

oder

- FA für Chirurgie oder ggf. mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

oder

- FA für Orthopädie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

(2) Qualitätsanforderungen

- Mindestens 30 operative Eingriffe in einem Kalenderjahr mit folgenden OPS-Kennzeichen:

|          |          |          |         |         |
|----------|----------|----------|---------|---------|
| 5-780.8w | 5-780.8v | 5-896.1g | 5-865.7 | 5-865.8 |
|----------|----------|----------|---------|---------|

Ich bin umfassend über die vertraglichen Regelungen zur besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die vertraglich vereinbarten Inhalte und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen.

**Weiterhin verpflichte ich mich,**

- bei meiner Tätigkeit die für die Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Informationssicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (SGB V, SGB X, DSGVO, BDSG) zu beachten.
- zur Weitergabe von Patientendaten auf Grundlage des Vertrages sowie einer dazugehörigen schriftlichen Einwilligung des Patienten, die sich auf dessen Information zur Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß der DSGVO bezieht.
- zur vollständigen und korrekten Dokumentation der Behandlung.
- zur vereinbarten Leistungserbringung.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann.
- ich die Vergütung der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag von der KVSA erhalte.
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Vertragsärzte zu Vertragsinhalten bzw. -ergänzungen vereinbart wurde und ich diese entgegennehmen kann.

**Ich willige ein, dass**

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer in einem Verzeichnis von der KVSA veröffentlicht wird.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

**In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen beantrage ich die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung als operativ spezialisierte Fußambulanz aufgrund der Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Arztstempel)

□ □ - □ □ - □ □ □ □  
(Arztnummer)