

Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung als 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 möchte als Vertragsarzt die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß übernehmen. Ich erfülle die Strukturqualität und verpflichte mich zur Einhaltung der Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität nach der o. g. Vereinbarung und erfülle folgende Voraussetzungen:

(1) persönliche Qualifikation des Arztes

- Diabetologisch verantwortlicher Arzt mit nachweisbaren Erfahrungen (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms

Nachweis Hospitationsbescheinigung: ist beigefügt liegt der KVSA vor

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt und Arzt ohne Facharztbezeichnung mit der Anerkennung als Diabetologe DDG einem Nachweis der Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer oder Qualifikationen nach dem Bildungsprogramm „Subspezialisierungsordnung Diabetologie“ der ehemaligen DDR vom 13.06.1983

oder in Kooperation mit einem diabetologisch verantwortlichen Arzt:

- FA für Dermatologie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

oder

- FA für Chirurgie oder ggf. mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

oder

- FA für Orthopädie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

Nachweis Hospitationsbescheinigung: ist beigefügt liegt der KVSA vor

- Kooperierender verantwortlicher Arzt: _____
Name des Arztes
Arztstempel/Unterschrift

(2) Praxispersonal und dessen Qualifikation

- Medizinisches Fachpersonal (Praxispersonal): _____
Name des Praxispersonals Name des Praxispersonals

mit Kompetenz (Nachweis einer einwöchigen Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung sowie Teilnahme an einem Workshop und mindestens eine jährliche Fortbildung in lokaler Wundversorgung)

(3) apparative Ausstattung

- Behandlungsstuhl oder -liege mit ausreichender Lichtquelle und
- Neurologische Basisdiagnostik (wie z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Warm-Kalt- und Spitz-Stumpf-Diskriminierung, Handy-Doppler) und
- Apparative Ausstattung zur angiologischen Basisdiagnostik in Eigenleistung (bidirektionaler Doppler) oder Nachweis der Zusammenarbeit mit einer angiologisch tätigen Praxis zur angiologischen Basisdiagnostik per Auftragsleistung und
- Sterile Wundversorgung (wie z. B. Skalpelle, Pinzette, Nagelzange mit Übersetzung, Scheren, Verbandmaterial, scharfer Löffel, sterile und unsterile Handschuhe, Mundschutz, sterile Abdecktücher) und
- Sterilisation (Dampfsterilisator oder Autoklav) und
- Fotoapparat

(4) Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (wie z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädie-Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe)
- Zusammenarbeit mit:

Fachdisziplinen und -berufen	Name und Anschrift	Arztstempel und/oder Unterschrift

(5) Qualitätssicherungsmechanismen

Ich verpflichte mich mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr zum Diabetischen Fußsyndrom oder zur Wundversorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Aufrechterhaltung der Genehmigung einzureichen.

Ich erkenne die Regelungen der medizinischen Versorgungsinhalte gemäß der jeweiligen Anlage 7 der folgenden Verträge an:

- „Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1“
und
- „Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2“
an.

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 die Dauer der Aufbewahrung 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 aufgrund der Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen.

(Ort) (Datum)

(Unterschrift, Arztstempel)

□ □-□ □-□ □ □
(Arztnummer)