



## Antrag

### auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 für Hausärzte

gem. Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 (DMP) zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen in Sachsen in der geänderten Fassung vom 25.09.2008

**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: .....

ab (Datum): .....

- in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis  
 in einem MVZ  
 im Rahmen einer Angestelltentätigkeit  
 im Rahmen einer Ermächtigung

### 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 Teilnahmeerklärung gemäß „Anlage Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des DMP-Vertrages**

- liegt dem Antrag bei
- liegt bereits vor

**2 Strukturelle Voraussetzungen (Strukturqualität)**

Die in der Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ geforderten Voraussetzungen

- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch Arzt-Manual
- Durchführung Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Durchführung qualitätskontrollierter Methoden zur Blutzuckermessung
- Durchführung Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament)

sind in der Praxis gewährleistet bzw. werden eingehalten.

Nicht vorhandene Voraussetzungen werden bis spätestens 6 Monate nach Beginn der Teilnahme gegenüber der KV Sachsen nachgewiesen.

**3 Erklärung**

Die jährliche Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen wird der KVS gegenüber nachgewiesen.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

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