



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP Asthma bronchiale

gemäß § 137f SGB V zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen

Antragsteller/-in:

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller -Titel/Name/Vorname)

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 Beantragte Leistung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm DMP Asthma bronchiale.

Die Teilnahmeerklärung(en) am DMP Asthma bronchiale

- liegt/liegen der KV Sachsen bereits vor.
- liegt/liegen diesem Antrag bei.

2 Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers

2.1 koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztlich tätiger Internist)
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen – nur im DMP Asthma)
- Facharzt nach Punkt 2.2
- Facharzt nach Punkt 2.3

2.2 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor – Erwachsene gem. § 4

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
- Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“
- Facharzt für Innere Medizin mit Nachweis einer mindesten 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung oder vergleichbarer Abteilung und Nachweise eines pneumologischen Behandlungsschwerpunktes mit mind. 50 behandelten Fällen/Quartal

2.3 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor – Kinder u. Jugendliche

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt „Kinder-Pneumologie“
- Facharzt für Kinderheilkunde mit Teilgebiet „Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde“
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Facharzt für Kinderheilkunde mit Nachweis einer mindesten 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung und Nachweis von mindestens 25 behandelten Fällen/Quartal

Ausnahmeregelung gemäß Anlage 2

- Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt „Pneumologie“ (aus Sicherstellungsgründen Behandlung von Kinder und Jugendlichen im Einzelfall)

3 Apparative Ausstattung des Antragstellers(in)

3.1 koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3

- Möglichkeit zur pneumologischen Basisdiagnostik (Mindestvoraussetzung Spirometrie 2 mit Darstellung der Flussvolumenkurve, einschließlich in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation)

3.2 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor § 4

Bei der Betreuung von Erwachsenen:

- Spirometrie 4 (mit einem CE-geprüften Gerät)
 Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät)
 Bestimmung der kapillaren Blutgase
 Röntgenaufnahmen Thorax, ggf. als Auftragsleistung
 Allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung

Bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen:

- Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)
 Pulsoxymeter
 Röntgenaufnahmen Thorax, ggf. als Auftragsleistung
 Allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung

4 Schulungen

Um die Schulungsberechtigung zu erhalten, fügen Sie bitte den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Schulungen qualifiziert, bei:

- Asthaschulung von Kindern u. Jugendlichen der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.
 NASA - Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFS = Die Ambulante Fürther Asthaschulung)

Nichtärztliches Personal:

Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Schulungen qualifiziert, nachzuweisen:

(Nachweis bitte ebenfalls beifügen)

für

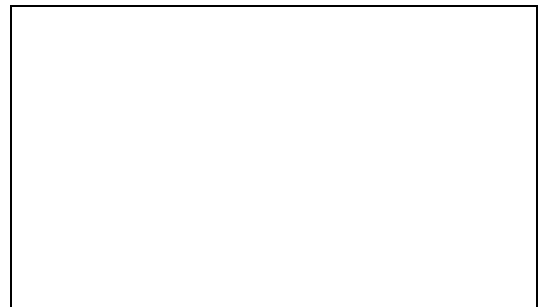
- ein separater Schulungsraum für Einzel- bzw. Gruppenschulungen ist vorhanden

5 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Die Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung und/oder Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme (einmalig zu Beginn der Teilnahme) ist erfolgt.

Die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen zu Beginn der Teilnahme und die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzung gemäß § 3 bzw. § 4 des Vertrages liegen vor.

Zeugnisse und andere Qualifikationsnachweise sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigelegt.



.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)

Stempel Antragsteller(in)