



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheiten (KHK) als koordinierender Vertragsarzt

gemäß Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheiten (KHK) zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen in Sachsen

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 Berufsausübungs-
- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
- im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- Anstellung in einer Einzelpraxis
- Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- 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 Teilnahmeerklärung („Anlage 5 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“)

liegt dem Antrag bei

2 Die Teilnahme erfolgt gemäß § 3 des Vertrages als

koordinierender Vertragsarzt (Hausärztlicher Versorgungsbereich)

3 Strukturelle Voraussetzungen

Die in der Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ geforderten Voraussetzungen

- Durchführung Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Koronaren Herzkrankheit
- EKG
 - Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder per Auftragsleistung)
 - Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- sind in der Praxis gewährleistet bzw. werden per Auftragsleistung erbracht.
-

4 Patientenschulungen (bitte nur ausfüllen, wenn Sie Schulungen durchführen möchten)

Um eine Schulungsgenehmigung zu erhalten, fügen Sie bitte den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Patientenschulungen gemäß Vertrag qualifiziert, bei:

- Schulung orale Gerinnungshemmung (SPOG) – ASA-Zertifikate
- Hypertonie-Schulung
- Typ 2.1 ohne Insulin - MEDIAS 2
- Typ 2.2 ohne Insulin
- Typ 2.1 mit Insulin und MEDIAS 2
- Typ 2.2 mit Insulin und MEDIAS 2
- Typ 2 mit Insulin MEDIAS ICT - Die fachlichen Voraussetzungen für die MEDIAS-ICT Schulungen sind vom Leistungserbringer und Personal beizufügen

Fachliche Voraussetzungen für die Schulungen:

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme am Schulungsprogramm vom Leistungserbringer

und

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme am Schulungsprogramm des nichtärztlichen Personals, mindestens eine Diabetesassistent/-in DDG oder Diabetesberater/-in DDG, welcher in einer Festanstellung in der Praxis tätig ist

Organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung von Schulungen

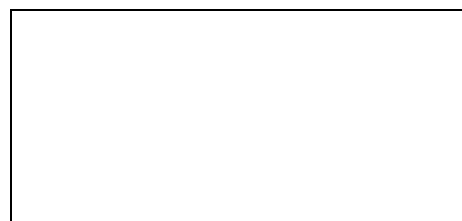
- ein separater Schulungsraum für Einzel- bzw. Gruppenschulungen ist vorhanden
- Curricula und Medien der entsprechenden Schulung werden vorgehalten

5 Erklärung

Die Inhalte des DMP-Vertrages mit Anlagen sowie das FAQ (häufigsten Fragen und Antworten) zu den DMP's in Sachsen wurden zur Kenntnis genommen (veröffentlicht unter www.kvsachsen.de Rubrik Mitglieder/DMP).

Es wird mindestens einmal jährlich eine Teilnahme an einer KHK-spezifischen Fortbildungsveranstaltung (z. B. Qualitätszirkel) vom Leistungserbringer gegenüber der KV Sachsen bis spätestens 31.01. des Folgejahres ab Vertragsteilnahme nachgewiesen.

Dem Antragssteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum

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