



Teilnahmeerklärung

zur Abrechnung der rtCGM zur Therapiesteuerung bei Patienten mit insulinpflichtigem
Diabetes mellitus (für Diabetologen DDG)

Gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung § 3, Anlage I Nr. 20 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
„Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ i.d.F. vom 1. April 2006

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 Berufsausübungsgemeinschaft
- Anstellung in einer Einzelpraxis
- Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
- im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- 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 Betreffende Gebührenordnungsposition/ Leistung

Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) gemäß den Gebührenordnungspositionen des EBM.

2 Fachliche Voraussetzungen

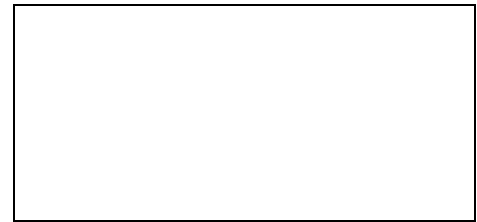
- **Facharzt für Innere Medizin**
- **Facharzt für Allgemeinmedizin**
- **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

sowie

- der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (**DDG**)“

(Bitte Urkunde beilegen, soweit Antragsteller bzw. Leistungserbringer noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder die fachliche Qualifikation neu erworben wurde)

Hinweis: Auf diese Teilnahmeerklärung erfolgt keine Genehmigungserteilung /-bescheidung, sie dient lediglich zur Eintragung Ihrer Qualifikation sowie Besonderen Genehmigung zur Abrechnung der Glukosemessung mit rtCGM.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum

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