Stammdaten der teilnehmenden diabetologischen Fußambulanz (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel | lebenslange Arztnummer | Betriebsstättennummer

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

Hiermit erkläre ich im Rahmen der Teilnahme am Vertrag über die Versorgung des Diabetischen Fußsyndrom (DSF Sachsen):

1. ☐ Zusätzlich zu den im § 11c aufgeführten Leistungen erbringe ich auch die Leistungen im Rahmen des § 11d Abs. 1, als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT.
   ☐ den Nachweis der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei

2. ☐ Zusätzlich zu den im § 11c aufgeführten Leistungen erbringe ich auch die Leistungen im Rahmen des § 11d Abs. 2, als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT.
   ☐ die Nachweise entsprechend der Teilnahmevoraussetzungen nach § 5b Abs. 2 Nr. 4 füge ich meiner Teilnahmeerklärung zur Vertragsteilnahme bei

3. ☐ Ich bestätige die enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie- Schuhmacher/Schuhtechniker.

4. ☐ Ich arbeite mit folgendem ambulanten Fußbehandlungszentrum eines klinischen Fußbehandlungszentrums (Diabetes-Fuß-Ambulanz), die eine Ermächtigung zur Behandlung des diabetischen Fußes entsprechend § 5a Abs. 1 Nr. 6 hat, zusammen:

lebenslange Arztnummer | Betriebsstättennummer

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

5. ☐ Entsprechend § 5a Abs. 3 Nr. 7 bilde ich mit folgenden ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT einen Versorgungsverbund. (Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigefügt):

lebenslange Arztnummer | Betriebsstättennummer

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

6. ☐ Entsprechend § 5a Abs. 3 Nr. 7 bilde ich mit folgenden WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT einen Versorgungsverbund. (Die Teilnahmeerklärung dieses Vertragsarztes ist meiner Teilnahmeerklärung beigefügt):

lebenslange Arztnummer | Betriebsstättennummer

Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift**)

PLZ | Ort

7.

Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.

Stempel der Arztpraxis