

DMP/HZV

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner: Carola Bosse
Tel.: 069 79502-422 • Fax: 069 79502-222
E-Mail: DMP.Frankfurt@kvhessen.de

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Antrag auf Anerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis

(§ 6 Abs. 2 ergänzende Diabetes-Vereinbarung Ersatzkassen)

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____

Anschrift (Praxis/ MVZ, Klinik/ Institut) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:

Vertragsärztliche Zulassung beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____

Anschrift/Ort der geplanten Tätigkeit _____

Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ

geplant mit _____

Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Klinik/ Institut)

beantragt am _____ voraussichtlicher Beginn am _____

Anschrift (Klinik/ Institut) _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum _____

3. Schulung von Typ-I Diabetikern

- 3.1 Zur strukturierten Schulung von Typ-I Diabetikern und Typ II mit ICT setze ich folgendes Schulungsprogramm ein:

Bezeichnung: _____

Das Schulungsprogramm ist anerkannt:

- Vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
 von anderen Organisationen
(Kopie der Anerkennung bitte beifügen)

- 3.2 Die Qualifikation zur Durchführung von Schulungen für Typ-I Diabetiker haben ich und mein Praxispersonal

Herr/Frau _____
 durch entsprechende Seminarteilnahmen erworben.
(Kopie der Teilnahmebescheinigung bitte beifügen)

- 3.3 Ich beschäftige zur Durchführung der Schulung folgendes Personal:

Herr/Frau:

Qualifikation:

- _____ Diabetesberaterin mit DDG Anerkennung
 _____ Diabetesberaterin ohne DDG Anerkennung
 _____ Diabetesassistentin mit Weiterbildung DDG

(Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

- 3.4 Der diätetische Teil des Schulungsprogramms wird übernommen durch

Herr/Frau:

Qualifikation:

- _____ Diätassistentin
 _____ Diplom-Ökotrophologin

(Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

- 3.5 Ein geeigneter Unterrichtsraum für die Schulung ist vorhanden

- ja
 nein

- 3.6 Es besteht die Möglichkeit der sofort verfügbaren Blutglukosebestimmung

- ja nein

Hinweis

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Antragsstellers
ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....

...

Ort, Datum

.....

Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis

Praxisstempel :

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass der/die untenenannte/n Mitarbeiter/innen als
Schulungspersonal gemäß den Regelungen des beiliegenden Antrages bei mir beschäftigt
ist/sind

Datum: _____ Unterschrift der/des Antragstellers/in: _____

Ich versichere als angestellte/r bzw. freiberufliche/r Mitarbeiter/-in für den/die Antragsteller/in
gemäß den Vorgaben des Antrags tätig zu sein.

Name: _____ tätig als: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ tätig als: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Unterzeichner verpflichten sich, jede Veränderung (z.B. Aufkündigung der Kooperation)
unverzüglich der Diabetes-Kommission KV-Hessen anzuzeigen.