

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Anlage I

### (Angaben zu räumlichen Voraussetzungen und Gewährleistungserklärung)

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen

Antje Andres  
Tel 069 24741-6584  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

### Den folgenden Teil des Formulars bitte vom Hersteller ausfüllen lassen!

**Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur hyperbaren Sauerstofftherapie den Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM entspricht.**

#### Druckkammersystem

Hersteller: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_

(BSNR, Straße, PLZ, Ort)

Das oben bezeichnete **Druckkammer-System** erfüllt folgende Voraussetzungen:

- Das Druckkammersystem muss für die Anwendung des **Problemwunden-Therapieschemas 240-90** geeignet sein und muss **mindestens über drei Plätze in der Hauptkammer** verfügen.
- Die Druckkammer muss **auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben** werden können.
- Die Druckkammer und ihre Ausstattung müssen den **Vorgaben der DIN EN 14931** („Druckkammern für Personen - Mehrpersonen-Druckkammersysteme für hyperbare Therapieleistung, sicherheitstechnische Anforderungen und Prüfung“) **entsprechen**.
- Die Druckkammeranlagen müssen **den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung entsprechen**.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers

**Diesen Teil des Formulars bitte selbst ausfüllen (Selbsterklärung)!**

Weiterhin wird das Vorliegen folgender räumlicher Voraussetzungen bestätigt:

- Der **ständige Sicht- und Sprechkontakt mit den Patienten** muss gewährleistet sein.
- Eine **Überwachung der Körperfunktionen (EKG, Atmung, Pulsoxymetrie) des Patienten** muss ständig gewährleistet sein. **Im Notfall muss ein Arzt jederzeit in die Druckkammer eingeschleust** werden können, um erste Hilfe zu leisten und ggf. den Patienten hinaus begleiten zu können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Antragsstellers

<b><u>Gilt nur für angestellte Ärzte:</u></b>		
Datum	Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes	Stempel

Stand: Januar 2019