KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

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

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 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

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.

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)

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

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

Gilt nur für angestellte Ärzte:

Datum	Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes	Stempel

Stand: Januar 2019

Formular drucken

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT