

Kooperationsvereinbarung

über die ständige Zusammenarbeit
mit einer qualifizierten Einrichtung nach Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM
zur leitliniengerechten Wundversorgung während des laufenden Behandlungszyklus der HBO zwischen
Druckkammer-Behandlungen
gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS § 135 Abs. 2 SGB V

zwischen

dem Erbringer der Leistung nach der GOP 30218 EBM (Hyperbare Sauerstofftherapie)

Name, Vorname, Titel / LANR / BSNR

und

der qualifizierten Einrichtung (nach Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM)

Name, Vorname, Titel / LANR

Ort/e der Leistungserbringung der qualifizierten Einrichtung

Voraussetzungen der qualifizierten Einrichtung

**1. Diabetologisch qualifizierter Facharzt gemäß Nr. 3 zum Abschnitt 30.2.2 EBM
(* Nachweispflicht durch Zertifikat)**

- a) Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie **oder** Facharzt im Gebiet Innere Medizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)**“

Name / Anschrift des Vertragsarztes:

oder

- b) Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)**“

Name / Anschrift des Vertragsarztes:

oder

- c) Vertragsarzt mit einer von der KVN erteilten Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311 EBM)*

Name / Anschrift des Vertragsarztes:

**2. Fachliche Voraussetzungen des medizinischen Fachpersonals
(* Nachweispflicht durch Zertifikat)**

Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse*

Name / Anschrift:

**3. Organisatorische und apparative Voraussetzungen
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- | | | |
|--|----|------|
| a) Die Einrichtung verfügt über Räumlichkeiten gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren | ja | nein |
| b) Die Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik ist gegeben | ja | nein |

- c) Die Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen sind gegeben ja nein

4. Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen
(keine abschließende Aufzählung, weitere Fachdisziplinen und -berufe ggf. auf extra Blatt aufführen)

- a) Zusammenarbeit mit einem Chirurgen oder Gefäßchirurgen ja nein

Name / Anschrift des Vertragsarztes:

- b) Zusammenarbeit mit einem Angiologen ja nein

Name / Anschrift des Vertragsarztes:

- c) Zusammenarbeit mit einem orthopädischen Schuhmacher* ja nein
(*Nachweispflicht durch Zertifikat)

Name / Anschrift:

- d) Zusammenarbeit mit einem Podologen* ja nein
(* Nachweispflicht durch Zertifikat)

Name / Anschrift:

5. Beginn der Kooperation

Diese Kooperation tritt am _____ in Kraft bzw. besteht seit:

Hiermit wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

Ort / Datum:

Unterschrift Arzt

Unterschrift Arzt

Erbringer Hyperbare Sauerstofftherapie

Qualifizierte Einrichtung