

<p>Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer):</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR)</p> <p>Betriebsstättennummer/n (BSNR)</p>	<p>Zulassung Ermächtigung Anstellung bei</p> <p>Genehmigung beantragt zum:</p>
--	---

Ort/e der Leistungserbringung:

<p>1a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>Versorgungsebene 1</p>	<p>DMP-Arzt gemäß § 3 Absatz 2 (Hausärztliche Versorgung)</p> <hr/> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 an der hausärztlichen Versorgungsebene* beantragt</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, z. B. Spirometer mit Flussvolumenkurve, gemäß Anlage 1 zum DMP-Vertrag COPD werden bestätigt.</p> <p>(*Zulassung als Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung)</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
<p>1b. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Arzt</p> <p>Ausnahmefallregelung</p>	<p>DMP-Facharzt gemäß § 3 Absatz 3</p> <hr/> <p>Hiermit wird die Teilnahme als qualifizierter Facharzt gemäß § 3 Absatz 3 für die Patienten, die bereits vor Einschreibung persönlich dauerhaft betreut wurden oder bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, beantragt (Ausnahmefallregelung) und die Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgung (= Versorgungsebene 2) werden gemäß Anlage 2 zum DMP-Vertrag COPD gesondert nachgewiesen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
<p>2. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>Versorgungsebene 2</p>	<p>Fachärztliche pneumologisch qualifizierte Versorgungsebene gemäß § 4</p> <hr/> <p>Hiermit wird die Teilnahme an der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4 beantragt und die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 bestätigt:</p> <p>Die fachliche Qualifikation wird nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung</p> <p style="padding-left: 40px;">Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Innere Medizin mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in pneumologischer Abteilung</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="padding-left: 40px;">dem Nachweis eines pneumologischen Behandlungsschwerpunktes</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>der Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrieinheit mit der Möglichkeit der Erfassung folgender Messparameter: Ruhe- und Belastungsspirometrie, Flussvolumenkurve, Broncholysetest • Ganzkörper-Plethysmographie • Möglichkeit zu laborchemischen Untersuchungen <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Tätigkeitsschwerpunkt Pneumologie wird gewährleistet.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>

DMP-Vertrag COPD

3. Organisatorische Voraussetzungen	Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region wird gewährleistet.
Optional 4. Durchführung Patienten-Schulungen	<p>Hiermit wird die Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen gemäß § 35 in Verbindung mit Anlage 11 zum DMP-Vertrag COPD für folgende Schulungsprogramme beantragt (bitte ankreuzen):</p> <p style="margin-left: 40px;">Schulungsprogramm COBRA (für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem) Antragsteller _____ Schulungskraft _____ (Name/n)</p> <p style="text-align: center;"><u>und / oder</u></p> <p style="margin-left: 40px;">COPD-Patientenschulung ATEM Antragsteller _____ Schulungskraft _____ (Name/n)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 zum DMP-Vertrag COPD werden erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die räumliche Ausstattung ermöglicht Einzel- und Gruppenschulungen (Vorhaltung eines Schulungsraumes). • Curricula und Medien der angebotenen Patientenschulungsprogramme sind vorhanden. • Einhaltung der Anforderungen an die Durchführung der Schulungsprogramme unter Nachweis der erforderlichen Schulungszertifikate von Arzt / nichtärztlicher Schulungskraft. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft)!</p>
5. Hinweis	Die Teilnahmevoraussetzungen und Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
6. Erklärungen	<p>Kenntnisnahme des DMP-Wegweisers Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung des DMP) mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung;</p> <p>Bestätigung, dass die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umgesetzt werden;</p> <p>Verpflichtung zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV;</p> <p>Einverständnis mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 10 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) und Zustimmung zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Niedersachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten;</p> <p>Zustimmung zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten;</p> <p>Einverständnis zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt X und zur Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.</p>

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum / Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters / bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder) / **Stempel**

Der vollständige DMP-Vertrag COPD kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.