

 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	<b>Antrag</b>  <b>DMP-Schulungen</b>	Bereich QS/QM
		Stand 01.07.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
 Europaallee 7 – 9  
 66113 Saarbrücken

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Schulungen im Rahmen von DM-Programmen**

**Leistungserbringer/in**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_  
LANR

☒ Anschrift \_\_\_\_\_

@ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ ☎ Telefonnummer

**Tätigkeitsart**

Ab/Seit: \_\_\_\_\_  niedergelassen  angestellt  ermächtigt  
 Gemeinschaftspraxis  Einzelpraxis  MVZ  Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Teilnahme an  hausärztlicher Versorgung  fachärztlicher Versorgung

\_\_\_\_\_  
 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

**Tätigkeitsorte** (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

☒ Anschrift \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
BSNR

**Beantragte Leistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen.)**1. DMP Asthma**

- Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen (Abr.-Nrn. 95215, 95220)
- NASA-Schulung (Abr.-Nrn. 95225, 95230)

**2. DMP COPD**

- COBRA-Schulung (Abr.-Nrn. 95415, 95420)

**3. DMP Diabetes mellitus Typ 1**

- Diabetesbuch für Kinder (Abr.-Nr. 94134)
- Jugendliche mit Diabetes (Abr.-Nr. 94135)
- ICT-Schulung (Abr.-Nr. 94136)
- PRIMAS-Schulung (Abr.-Nr. 94137)
- HyPOS-Schulung (Abr.-Nr. 94138)
- Hypertonie-Schulung HBSP (Abr.-Nr. 94140)
- Hypertonie-Schulung ZI (Abr.-Nr. 94141)
- Hypertonie-Schulung IPM (Abr.-Nr. 94142)

**4. DMP Diabetes mellitus Typ 2**

- Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern (Abr.-Nr. 93040)
- MEDIAS-2-Basis-Schulung (Abr.-Nr. 93041)
- Schulung von insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern (Abr.-Nrn. 93045, 93050)
- ICT-Schulung (Abr.-Nr. 93055)\*  
\*(Hier muss es sich um einen diab. qualifizierten Vertragsarzt handeln, der eine Diabetesberaterin beschäftigt.)
- MEDIAS-2-ICT-Schulung (Abr.-Nr. 93056)
- Hypertonie-Schulung HBSP (Abr.-Nr. 93065)
- Hypertonie-Schulung ZI (Abr.-Nr. 93070)
- Hypertonie-Schulung IPM (Abr.-Nr. 93071)
- HyPOS-Schulung (Abr.-Nr. 93072)

**5. DMP KHK**

- Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern (Abr.-Nr. 95025)
- Schulung von insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern (Abr.-Nrn. 95030, 95035)
- ICT-Schulung (Abr.-Nr. 95040)\*  
\*(Hier muss es sich um einen diab. qualifizierten Vertragsarzt handeln, der eine Diabetesberaterin beschäftigt.)
- Hypertonie-Schulung HBSP (Abr.-Nr. 95050)
- Hypertonie-Schulung (Abr.-Nr. 95055)
- Hypertonie-Schulung IPM (Abr.-Nr. 95056)
- SPOG-Schulung (Abr.-Nr. 95060)
- Kardio-Fit-Schulung (Abr.-Nr. 95062)

**Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen**

**Qualifikation** (Bitte ankreuzen und Nachweis(e) beifügen.)

Ich nehme am entsprechenden DMP-Vertrag teil.

**und**

Ich habe an einer Fortbildung teilgenommen, die mich zur Durchführung der Schulung qualifiziert.

**Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin**

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.

Jede Veränderung ist der KV Saarland unverzüglich anzuzeigen.

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die KV zur Überprüfung oder Nachprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt.

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVS über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

**Ich versichere hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

**Bei angestellten Ärzten:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin  
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

\_\_\_\_\_  
Stempel