

Nachweis der Strukturvoraussetzungen

fachärztlich qualifizierter Vertragsarzt (nach §4)

Asthma bronchiale (Kinder und Jugendliche)

gemäß Anlage 2a des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Asthma/COPD zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

von Frau/Herrn _____

Praxisadresse _____

zur Vorlage bei der Kassenärztliche Vereinigung Bremen (als Anlage zur Teilnahmeerklärung)

Allgemeine Qualifikation

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit

Schwerpunkt Pneumologie

und/oder

Zusatzbezeichnung Allergologie

und/oder

Mind. 12-monatige Zusatzweiterbildung in der Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte und mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma.

Ärztliche Fortbildung

Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme (siehe Teilnahmeerklärung)

oder

Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung

Schulungen / Zusammenarbeit

Fortbildung zur Durchführung von Patientenschulungen (Schulungsantrag mit Teilnahmebescheinigung für Arzt und Praxispersonal bitte einreichen)

Qualifikation des med. Personals (z.B. Notfallschulung, mind. einmal jährlich)

Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten

Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit pädiatrisch-pneumologischem Schwerpunkt

Erforderliche Ausstattung:

- Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert)
- Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung
- Allergologische Diagnostik ggf. als Auftragsleistung

Mindestens zweimal im Jahr werde ich an einer asthma-spezifischen Fortbildung oder an einem pädiatrisch-pneumologischem Qualitätszirkel oder einmal im Jahr an einer Asthma spezifischen Arzneimittelberatung teilnehmen. Die Nachweise werde ich der KV Bremen übermitteln.

Arztstempel

Unterschrift