

Antrag zur Durchführung und Abrechnung von
Patientenschulungen/Instruktionen im Rahmen strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name) LANR: _____

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) _____
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von) _____
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) LANR: _____

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes) LANR: _____

(angestellt im MVZ) _____
(angestellt seit/ab)

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____
(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____
(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Die Schulungsgenehmigung soll für folgende(s) DMP erteilt werden:

Schulungsprogramm	DMP AB	DMP COPD	DMP KHK	DMP DM1	DMP DM2	DMP Osteoporose	weitere Voraussetzungen
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern u. Jugendlichen (ab 5 Jahren) GOP 99953, 99953 N	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Für Eltern von Kindern bis 5 Jahre: Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV) GOP 99958, 99958N	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) GOP 99954, 99954N	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Instruktionen für Kinder mit Asthma bronchiale (Vereinbarung gemäß § 73 a SGB V i.V.m. § 137 f SGB V zur Optimierung der Betreuung von Kindern mit Asthma bronchiale durch qualifizierte Kinderärzte) GOP 99949, 99949B	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA) GOP 99963, 99936N		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar

<p>Atemtherapie – Training – Ernährung – Medikation Ein Selbstmanagement-Programm für COPD Patienten (ATEM)</p> <p>GOP 99966, 99966N</p>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99902, 99902N</p> <p>(KHK) GOP 99936, 99936N</p>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99903, 99903N</p> <p>(KHK) GOP 99937, 99937N</p>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99904, 99904N</p> <p>(KHK) GOP 99938, 99938N</p>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-management für Typ 2)</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99912 99912N, 99912Q (8 UE) GOP 99913, 99913N, 99913Q (12 UE) (KHK)</p>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und

<p>GOP 99939, 99939N (8 UE) GOP 99940, 99940N (12 UE)</p>						<input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Medias 2 ICT (intensivierte Insulintherapie)</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99914, 99914N, 99914Q</p> <p>(KHK) GOP 99944, 99944N</p>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Medias 2 BOT+SIT+CT (Medias 2 BSC)</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99917,99917N, 99917Q</p>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Strukturiertes Therapie- und Schulungs-programm für Patienten mit Hypertonie</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99888, 99888N</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99906, 99906N</p> <p>(KHK) GOP 99934, 99934N</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99884, 99884N, 99884Q</p>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
<p>Schulungsprogramm: Diabetesbuch für Kinder</p> <p>(Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99885, 99885N</p>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder

						<input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Schulungsprogramm: Jugendliche mit Diabetes (Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99886, 99886N, 99886Q				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Primas Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes (Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99894, 99894N, 99894Q				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Linda – Selbstmanagement-Schulungsprogramm (Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99895, 99895N, 99895Q				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
Hypoglykämie Positives Selbstmanagement (HyPOS) (Diabetes mellitus Typ 1) GOP 99893, 99893N, 99893Q (Diabetes mellitus Typ 2) GOP 99916, 99916N 99916Q				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar
SGS- Strukturiertes Geriatrisches						<input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der

<p>Schulungsprogramm für Typ- 2- Diabetiker im höheren Lebensalter (Diabetes mellitus Typ 2)</p> <p>GOP 99915, 99915N 99915Q (6 UE)</p> <p>GOP 99918, 99918N, 99918Q (7 UE)</p> <p>(KHK)</p> <p>GOP 99947, 99947N</p>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<p>KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)</p> <p>Voraussetzung: Erfüllung der Indikationen im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (Produktgruppe 21) (KHK)</p> <p>GOP 99935, 99935N</p>			<input type="checkbox"/>				<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Kardio-Fit</p> <p>GOP 99945, 99945N</p>			<input type="checkbox"/>				<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie</p> <p>GOP 99837, 99838N</p>						<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. oder <input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor. und <input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>

Voraussetzung für die Abrechnung der genehmigten Schulungen:

Die Schulung durch Ärzte und Schulungspersonal erfolgt in eigener Praxis (Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen sind vorhanden) oder im Schulungsverein.

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei, die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.

anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden

angestellten Arztes