



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: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(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: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(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 DM 1	DMP DM 2	weitere Voraussetzungen
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.	<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)	<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)		<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
Atemtherapie – Training – Ernährung – Medikation Ein Selbstmanagement-Programm für COPD Patienten (ATEM)		<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
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern u. Jugendlichen (ab 5 Jahren)	<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>Instruktionen für Kinder mit Asthma bronchiale</p> <p>(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)</p>					<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am 3-stündigen Fortbildungsseminar durch medizinische Fachangestellte</p>
<p>Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)</p>				<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie</p>				<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie</p>				<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>
<p>Schulungsprogramm: Diabetesbuch für Kinder</p>				<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Antrag auf Genehmigung</u> zur Abrechnung des DMP liegt der KV Bremen vor.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsseminar</p>

Schulungsprogramm: Jugendliche mit Diabetes				<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 für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen			<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
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen			<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
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen			<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
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2)			<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

Medias 2 ICT (intensivierte Insulintherapie)			<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
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)			<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

Stand: Mai 2015

Wichtiger Hinweis:

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