

**Anlage** zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Zum Nachweis der Mindeststandards des Druckkammerzentrums oder einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM bestätigen wir das Vorhandensein der folgenden Anforderungen:

In der Einrichtung ist mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt tätig, d.h.

- ein Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  
oder
- ein Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“  
oder
- ein Facharzt für Innere Medizin mit der Bezeichnung „Diabetologe DDG“  
oder
- ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“  
oder
- ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Bezeichnung „Diabetologe DDG“  
oder
- ein Arzt, der über die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 02311 des EBM verfügt

.....  
Name des diabetologisch qualifizierten Arztes

- Medizinisches Fachpersonal mit der Kompetenz in lokaler Wundversorgung (Teilnahme an den von der DDG anerkannten Kursen für Wundversorgung oder gleichwertigen Kursen)
- Räumlichkeiten gemäß § 6 Absatz 2 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren, Details finden Sie unter <https://www.kbv.de/media/sp/AOP.pdf>
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik
- Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen
- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z.B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen)

Bitte entsprechende Zeugnisse und Nachweise in Kopie beifügen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift Leiter Druckkammerzentrum/qualifizierte Einrichtung

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes