

KV Nordrhein
Hauptabteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: Zweitmeinung@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 - 33 164

**Antrag auf Genehmigung zur Erbringung
einer ärztlichen Zweitmeinung vor einer geplanten Amputation
beim Diabetischen Fußsyndrom**

Antragsberechtigt sind Fachärztinnen und Fachärzte folgender Fachrichtungen:

1. Innere Medizin und Angiologie
2. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
3. Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
4. Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
5. Gefäßchirurgie
6. Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
7. Allgemeinchirurgie
8. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

I. Angaben zur Person und zur Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

Facharzt für: _____

Vertragsarztsitz: _____

Tätigkeit in / als:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung | <input type="checkbox"/> im Krankenhaus angestellter Arzt * |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einrichtung/ im MVZ | <input type="checkbox"/> in privatärztlicher Tätigkeit * |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis | |

*Im Krankenhaus angestellte Ärzte und privatärztlich tätige Ärzte müssen parallel zu diesem Antrag auch einen Antrag auf Ermächtigung beim Zulassungsausschuss für Ärzte stellen.

II. Fachliche Anforderungen

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung bzw. an die besondere Qualifikation sind nach § 7 Abs. 2 bis 4 ZM-RL (Zweitmeinungsrichtlinie) durch die Vorlage von nachfolgend aufgeführten Zeugnissen und Bescheinigungen nachzuweisen:

Facharztanerkennung für das jeweilige Gebiet*

Nach der Facharztanerkennung eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit auf dem Gebiet der Anerkennung*

Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V* (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

Diese Nachweise müssen nicht vorgelegt werden, wenn Sie bereits in einem Arztregister der KV Nordrhein eingetragen sind und Ihr Einverständnis zur Einsichtnahme auf Ihr Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer erklärt hat)

Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die zuständige Landesärztekammer

oder

Nachweis einer akademischen Lehrbefugnis
(bitte Nachweise in Kopie beifügen)

III. Eingriffsspezifische Anforderungen

Ich erkläre, dass ich eine Behandlung von pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung vorgenommen habe.

Zusammenarbeit von konservativen und operativen Arztgruppen

Nach §2 Abs. 3 Buchstabe b) des Eingriffs 4 des Besonderen Teils der ZM-RL müssen Antragsteller mit einem oder mehreren Fachärztinnen und Fachärzten anderer Fachrichtungen gemäß §2 Abs. 1 so zusammenarbeiten, dass deren Expertise bei Abgabe der Zweitmeinung bei Bedarf genutzt werden kann.

Ich erkläre, dass eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit folgenden Fachärztinnen und Fachärzten vorliegt:
Bitte Name und Fachrichtung angeben

IV. Sonstige Voraussetzungen

Die in § 8 ZM-RL benannten Aufgaben sind mir bekannt und ich werde sie insbesondere auch unter Einbeziehung ärztlicher Vorbefunde gemäß Absatz 5 einhalten.

V. Erklärungen

Ich erkläre, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten und die in § 7 Abs. 5 und 6 i. V. m. § 8 der ZM-RL vorgegebenen Anforderungen und Aufgaben des zweitmeinungsgebenden Arztes in vollem Umfang zu erfüllen.

Ich erkläre, dass keine finanziellen Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen.

Mir ist bekannt, dass meine Kontaktdaten auf regionalen und überregionalen Informationsportalen der KVNO sowie der Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht werden. Ich willige hiermit in die Veröffentlichung meiner Daten (Name, Kontaktdaten, Fachgebiet, Zweitmeinungsthema) entsprechend § 9 ZM-RL ein. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung zu widerrufen.

| | | |
|-------|--|--|
| Datum | Stempel und Unterschrift des Antragstellers | Im Falle der Anstellung, Stempel und Unterschrift des Ärztlichen Leiters der Einrichtung/ des MVZ bzw. des Praxisinhabers |
|-------|--|--|

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.

