

Erklärung des Meldeformulars

1. Bitte geben Sie Ihren Namen und Vornamen in das Feld hinter "Name der/s Antragsstellerin/s" ein.
2. Füllen Sie die Felder der Tabelle unter "Antragssteller/in" mit den jeweiligen Daten der Patienten, für die Sie eine Schnittstellenmeldung/Nachschulungsmeldung veranlassen möchten.
3. Bitte beachten Sie dabei, dass nur bestimmte Ziffern oder Zifferkombinationen unter der Tabellenspalte "Leistungen" auswählbar sind.
Folgende Kombinationen sind hierbei möglich:
 - 90300
 - 90301
 - 90302
 - 90300 FQ 90310
 - 90301 FQ 90310
 - 90302 FQ 90310
 - 90310
oder
 - 90307
oder
 - 90307 und 90310
4. Die Nachschulungen (90307) sind nur bei eigenen Patienten möglich (max. 4 Schulungen je Patient und frühestens nach drei Jahren nach Erbringung der Pauschalen (90300, 90301, 90302)).
5. Die Nachschulung ist nur möglich bei lebensverändernden Situationen. Aus diesem Grund ist bei der Meldung der Ziffer 90307 zusätzlich die Spalte "Lebensverändernde Situation" auszufüllen.
6. Unter der Spalte "Folgeerkrankungen" können Sie aus einer Liste eine entsprechende Bezeichnung auswählen oder manuell eine weitere (nicht in der Liste aufgeführte) Folge- oder Begleiterkrankung eintragen.
7. Drucken Sie das Meldeformular aus, versehen Sie dieses Meldeformular mit Ihrem Praxisstempel und Ihrer Unterschrift und senden uns die unterschriebene Version per Fax oder E-Mail zurück.
8. Die Abrechnung der DSP-Leistungen wird Ihnen für den Zeitraum von zwei Monaten, längstens für vier Monate, gestattet sofern in der Spalte „Patientendaten“ ein KV-Stempel inkl. Unterschriftenkürzel aufgeführt ist.

Meldung an die Diabeteskommission mit der Bitte um Überprüfung der Abrechnungsfähigkeit von DSP-Leistungen nach dem DMP-Vertrag "Diabetes mellitus Typ 2" für eigene Patienten

Bitte per Fax oder E-Mail zurücksenden an 0211 - 5970-9997 oder diabetes@kvno.de

Name der/s Antragsstellerin/s inkl. Stempel und Unterschrift	
---	--

Patientendaten	Diabetes mellitus Typ 2 seit (ggf. Erstdiagnose mit aufführen)	Leistungen (bitte kreuzen Sie die zutreffende Kombination an)	Lebensverändernde Situation bei Beantragung der Ziffer 90307 anzugeben	HbA1c in %	BZ PP	Folgeerkrankung
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____

Name der/s Antragsstellerin/s inkl. Stempel und Unterschrift	
---	--

Patientendaten	Diabetes mellitus Typ 2 seit (ggf. Erstdiagnose mit aufführen)	Leistungen (bitte kreuzen Sie die zutreffende Kombination an)	Lebensverändernde Situation bei Beantragung der Ziffer 90307 anzugeben	HbA1c in %	BZ PP	Folgeerkrankung
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____	_____	<input type="checkbox"/> 90300 <input type="checkbox"/> 90301 <input type="checkbox"/> 90302 <input type="checkbox"/> 90310 oder <input type="checkbox"/> 90307 Bitte kennzeichnen Sie für den Ausnahmefall die 90310 mit FQ (Folgequartal).		_____	_____	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> häufige Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diab. Polyneuropathie und/oder Angiopathie <input type="checkbox"/> _____