

**Per Post:**

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 26-28  
28209 Bremen

**Per E-Mail:**

genehmigung@kvhb.de

**Wichtig:**

Bitte beachten Sie, dass Ihre  
Teilnahmeerklärung erst mit  
schriftlicher Bestätigung der  
KVHB Wirksamkeit erlangt.

## Teilnahmeerklärung „IP-Wunde“ Arzt (Spezialisierte Wundpraxis)

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir transparent dargelegt worden.

Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme an dem Vertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen kann,
- die Spezialisierte Wundpraxis (SWP) ein Behandler Netzwerk mit regional tätigen Primärversorgern (PV) sowie Kompetenzen aus weiteren Fachgebieten bildet und im Rahmen des Projekts IP-Wunde das Versorgungsmanagement übernimmt.

Eine aktive Teilnahme ist mir/uns frühestens möglich ab: ☐☐ . ☐☐ . 20\_\_ (bitte Datum eintragen)

Ich möchte als Spezialisierte Wundpraxis (SWP) teilnehmen

und führe folgende Gebietsbezeichnung

und verfüge über folgende Qualifikation

<input type="checkbox"/> Facharzt für Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/> Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie <input type="checkbox"/> Facharzt für Viszeralchirurgie <input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/> mit Nachweis von 20 fußchirurgischen Eingriffen bei dokumentierten Patienten mit DFS (ohne Berücksichtigung der Wunddebridements) im letzten Jahr <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 02311 EBM (Behandlung diab. Fuß) <b>oder</b> <input type="checkbox"/> mit Erfahrung bei mindestens 20 dokumentierten Patienten mit Ulzera/DNOAP im letzten Jahr <b>und</b> <input type="checkbox"/> hiermit erkläre ich, dass ich aktuelle Kenntnisse in der stadiengerechten Behandlung chronischer Wunden habe
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Angiologie <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und/oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung bzw. Zusatzweiterbildung Phlebologie oder Geriatrie oder Diabetologie, oder einer vergleichbaren Qualifikation	<input type="checkbox"/> mit Erfahrung bei mindestens 20 dokumentierten Patienten mit Ulzera/DNOAP im letzten Jahr <b>und entweder</b> <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 02311 EBM (Behandlung diab. Fuß) <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Behandlung Diabetisches Fußsyndrom im Rahmen der Verträge zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 oder für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 <b>und</b> <input type="checkbox"/> hiermit erkläre ich, dass ich aktuelle Kenntnisse in der stadiengerechten Behandlung chronischer Wunden habe
<input type="checkbox"/> Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> mit Erfahrung bei mindestens 20 dokumentierten Patienten mit Ulzera/DNOAP im letzten Jahr <b>und</b> <input type="checkbox"/> hiermit erkläre ich, dass ich aktuelle Kenntnisse in der stadiengerechten Behandlung chronischer Wunden habe

und

**erfülle folgende personelle Anforderungen an das nichtärztliche Personal**

- ☐ ich beschäftige mindestens einen qualifizierten Wundmanager
  - Nachweis der Teilnahme an einem Kurs Assistenz Wundmanagement (mind. 40 Stunden gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) oder vergleichbare Qualifikation zum Wundmanagement (**bitte beifügen**)
- ☐ Verpflichtung der Assistenz Wundmanagement zur Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation durch regelmäßige Fortbildung im Themenbereich Wundmanagement

**und übernehme insbesondere folgende Aufgaben**

- Verpflichtung zur Erfüllung der Aufgaben dieses Vertrages,
- Verpflichtung zur Übernahme des Versorgungsmanagements
- Verpflichtung zur Nutzung der IT-Plattform IVPnet zur Einschreibung des Patienten und Aufrufen der Wundfallakte und Dokumentationsaufgaben (s. §4 und § 6 des Vertrages)
- Zusammenarbeit und Bildung eines BehandlerNetzwerkes mit regional tätigen PV sowie Kompetenzen aus weiteren Fachgebieten unter Ausschluss von Dienstleistern (z.B. Homecare Unternehmen) (s. § 4 Abs. 5)

**Für alle Teilnehmer gilt:**

- Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
- Ich nehme zur Kenntnis und willige ein, dass meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und der §§ 140a, 284 SGB V verarbeitet werden (inkl. u.a. Erhebung, Speicherung, Verwendung der Daten).
- Ich bin mit Weitergabe/Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift an die Vertragspartner sowie am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnis sowie der Veröffentlichung im Internet einverstanden.
- Die Allgemeinen Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: KV Bremen, Schwachhauser Heerstr.26-28, 28209 Bremen

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers  
(bei angestellten Ärzten: Anstellender Arzt/ MVZ-Leitung)