

Antragsformular für die Aufnahme in die Liste der DGSP-empfohlenen Sportmediziner



Mit der Aufnahme in die Liste der empfohlenen Sportmediziner wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, sportärztliche Vorsorgeuntersuchungen mit Krankenkassen, mit denen die DGSP einen Vertrag abgeschlossen hat, abrechnen zu können.

Um sich als DGSP-empfohlener Sportmediziner registrieren zu lassen, müssen Sie das vorliegende Antragsformular ausfüllen und an die DGSP Geschäftsstelle schicken. Eine Verwaltungspauschale in Höhe von € 50,00 (zzgl. gesetzl. Mwst.) ist an uns zu entrichten (Bankverbindung siehe unten). Wenn Sie alle Kriterien erfüllt haben, erhalten Sie von uns eine Bestätigung über die Aufnahme in die Liste der empfohlenen Sportmediziner.

Zur zusätzlichen Abrechnung der Laktat-Leistungsdiagnostik mit den Krankenkassen, die Vertragspartner der DGSP sind, ist das DGSP-Zertifikat „Sportmedizinische Laktat-Leistungsdiagnostik“ erforderlich. Informationen über Kriterien zum Erwerb dieses Zertifikat erhalten Sie auf der Homepage der DGSP.

Bereiche	Kriterien	ja
Mitgliedschaft	Ich bin Mitglied eines Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e. V.	<input type="checkbox"/>
Qualifikation	Ich bin im Besitz der Zusatzbezeichnung Sportmedizin. (bitte Kopie anfügen)	<input type="checkbox"/>
Untersuchungszahlen	Ich führe jährlich mindestens 100 Belastungs-EKGs durch und dokumentiere diese.	<input type="checkbox"/>
Geräte	Zur Untersuchung verwende ich ein mindestens 3-Kanal-EKG-Gerät, ein regelmäßig kalibriertes Fahrradergometer oder Laufband und Blutdruckmessgerät sowie die Borg-Skala. Außerdem halte ich einen Notfallkoffer und Defibrillator bereit.	<input type="checkbox"/>
Anamnese und Untersuchung	Ich richte mich nach der S1-Leitlinie „Vorsorgeuntersuchung im Sport“ der DGSP: http://www.dgsp.de/downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf	<input type="checkbox"/>
Labor	Die Laboruntersuchung umfasst mindestens folgende Parameter: Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride, Glukose (postprandial).	<input type="checkbox"/>
Ergometrie	Ich führe die Ergometrie nach den Empfehlungen der DGSP durch.	<input type="checkbox"/>
Beurteilung	Der Untersuchte erhält eine schriftliche Mitteilung mit der Bewertung seines Gesundheitszustandes und seiner Belastbarkeit, Empfehlungen für das Ausdauertraining und das Training seines Bewegungsapparats.	<input type="checkbox"/>
Für z. B. Orthopäden, Unfallchirurgen, Neurologen u.a. falls nicht alle Bedingungen erfüllt sind:	Wir nehmen Sie in der Liste auf, wenn Sie mit einem Kollegen zusammenarbeiten, der die oben beschriebenen internistisch/leistungsphysiologischen Bereiche abdeckt. Bitte nennen Sie dessen Namen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail. _____ _____	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich:		
Lakat-Leistungsdiagnostik	Ich bin im Besitz des DGSP-Zertifikates „Sportmedizinische Laktat-Leistungsdiagnostik“	<input type="checkbox"/>
Zulassung als Kassenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

1. Ich bin darüber informiert, dass externe Qualitätskontrollen stichprobenartig durchgeführt werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Adresse, Telefon, Fax, Internet und E-Mail) im Internet veröffentlicht und anonymisiert zu statistischen Zwecken verarbeitet werden.
3. Ich verpflichte mich, eine Veränderung der angegebenen Kriterien unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin an der Zusendung des DGSP-Newsletters, der über Aktivitäten / Wissenswertes rund um die Sportmedizin bzw. die DGSP informiert, interessiert.

ja nein

Name der Ärztin/des Arztes

Mitglied im Landesverband

Anschrift der Praxis/des Institutes etc.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Internetadresse der Praxis/des Instituts

E-Mail

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Sie können Ihren Antrag per Fax (069/4071-859) oder per Post an die DGSP-Geschäftsstelle senden.

Die Bankverbindung für die Verwaltungspauschale (€ 59,50) lautet:

SportMed Service GmbH bei der KSK Tübingen
BLZ 641 500 20
Kontonummer 102 166
IBAN: DE82 6415 0020 0000 1021 66
BIC: SOLADES1TUB

Verwendungszweck: (Mitgliedsnummer)

Nach Bearbeitung Ihres Antrages und Eingang der Verwaltungspauschale erhalten Sie eine Information über die Aufnahme in die Liste der empfohlenen Sportmediziner.