

**Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen /
Landeskrankenhausgesellschaft BW**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)**

**Anzeigesteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
(SGB V):**

– An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende –

Teamleitung:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Vertragsärztliche Leistungserbringer

Es wird beabsichtigt, dass oben genannte vertragsärztliche Leistungserbringer folgende ambulante Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

- **Neuromuskuläre Erkrankungen**

entsprechend der [Anlage 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Ich versichere, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind die nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

| | |
|--|--------------------------|
| <u>Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)</u> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)</u> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen</u> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätssicherung</u> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Anlage 5 Versicherungserklärung</u> | <input type="checkbox"/> |

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Neurologie. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch ein Facharzt / eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

| Name der Teamleitung/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: ¹ |
|-------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

¹ Bitte tragen Sie hier lediglich den Status ein, mit dem Sie an der ASV teilnehmen möchten.

Mitglieder des Kernteams:²

| Name der Mitglieder/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: |
|------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

² Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharzt Disziplin der Teamleitung abhängig. Die notwendige Zusammensetzung zur Bildung eines vollständigen Kernteams entnehmen Sie bitte der Auflistung auf Seite 4.

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

Einen Facharzt / eine Fachärztin für ³

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie

*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

³ Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der MWBO. Bitte beachten Sie die Übergangsbestimmungen.

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Augenheilkunde

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|--|--|
| Kooperationspartner: ⁴ | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich ⁵ | <input type="checkbox"/> Institutionell ⁶ |
| Kooperationsvertrag beigefügt: ⁷ | <input type="checkbox"/> Ja | |

Humangenetik

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Innere Medizin und Gastroenterologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

⁴ Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

⁵ Persönliche Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch den genannten Arzt gestellt. Der Arzt erfüllt die Voraussetzungen der Teilnahme persönlich.

⁶ Institutionelle Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch das Institut (Krankenhausabteilung/MVZ) gestellt. Ein Arzt der Krankenhausabteilung/MVZ erfüllt die Voraussetzungen.

⁷ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Innere Medizin und Rheumatologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Laboratoriumsmedizin

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Neuropathologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Nuklearmedizin

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Orthopädie und Unfallchirurgie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Pathologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

I. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):

- sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- Physikalische Therapie
- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden) Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)

II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):

- eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer **Rufbereitschaft** von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten besteht:
- Neurologie
 - Innere Medizin Kardiologie
 - Innere Medizin und Pneumologie

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst **auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.**

Maximale Entfernung der Notfallversorgung zum Tätigkeitsort der Teamleitung **30 Min.** gem. § 4 Abs. 1 der Richtlinie

Liegt vor

- Möglichkeit einer **intensivmedizinischen Behandlung**

Liegt vor

- **Notfallpläne (SOP)** und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte **Geräte** und **Medikamente** für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen werden **bereitgehalten**

Liegt vor

I. Mindestmengen:

I.1 Das Kernteam muss mindestens **50** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei.⁸

⁸ Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

II. Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen:

Durch Ankreuzen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und untenstehende Unterschrift versichere ich, dass Leistungen, welche den Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, unter Einhaltung der hier beinhaltenen jeweiligen Voraussetzungen in fachlicher, apparativer, baulicher, organisatorischer, personeller und hygienischer Hinsicht hinsichtlich jedes Mitglieds des ASV-Teams erbracht werden. Es handelt sich hierbei derzeit insbesondere um nachfolgende Richtlinien und Vereinbarungen:

| | |
|---|--------------------------|
| Koloskopie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) | <input type="checkbox"/> |
| EBM-Genehmigung: Physikalisch Medizinische Leistung (GNRn 30400, 30410, 30411, 30420, 30421) | <input type="checkbox"/> |
| Kernspintomographie-Vereinbarung: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> |
| MR-Angiographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiografie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie) | <input type="checkbox"/> |
| Invasive Kardiologie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen von invasiven kardiologischen Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) | <input type="checkbox"/> |
| Spezial-Labor: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) | <input type="checkbox"/> |
| Rhythmusimplantat-Kontrolle: Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) | <input type="checkbox"/> |
| Strahlendiagnostik und -therapie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapie: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung; Anlage 1 Bundesmantel-Vertrag-Ärzte) | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> |
| Langzeit-EKG: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| <p>Computertomographie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Interventionelle Radiologie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Molekulargenetik: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Nuklearmedizin: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -Therapie)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Physikalisch Medizinische Leistung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 30.3 Nr.1 und 30.4 Nr.1. Für Vertragsärzte, die eine entsprechender Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation nichtärztlicher Mitarbeiter nachweisen.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Psychosomatik: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>EBM-Genehmigung: Sozialpädiatrie (GNR 04356)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>PET und PET/CT (Positronenemissionstomographie): Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie</p> | <input type="checkbox"/> |

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. Uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls wir diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllen. Wir sind auch verpflichtet, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

Zudem versichern wir die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Uns ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der (persönlich benannten) hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen.⁹

Wir möchten den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitten um Zusendung der entsprechenden Formulare.

⁹ Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
(Teamleitung)

Kernteam:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Hinzuzuziehende Fachärzte (Persönlich benannt):

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Bei Kooperationen mit Institutionen fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei.

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

Bevollmächtigung der Teamleitung durch Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Zudem versichern wir die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen und uns ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen.⁹

⁹ Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.

| Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution | Ort, Datum | Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten¹⁰ der Institution) |
|---|-------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

¹⁰ Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.