ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675 Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de KIM: ASV-BW@kvbw.kim.telematik

Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

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

– Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus –

Teamleitung:

Krankenhaus:

Straße:

PLZ, Ort:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Ansprechpartner/in:

Telefon Ansprechpartner/in:

E-Mail Ansprechpartner/in:

E-Mail Geschäftsführung:

Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus

Es wird angezeigt, dass das genannte Krankenhaus die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Versorgung von Patientinnen und Patienten:

mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

entsprechend der *Anlage 2 p) der „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.

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit den in dieser Anzeige benannten Teammitgliedern beginnt zum _____.[1]
(Das Beginndatum sollte frühestens 4 Wochen nach Anzeigestellung sein.)

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

Anlage 1: Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)	☐
Anlage 2: Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	☐
Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen	☐
Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätsanforderungen	☐
Anlage 5: Versicherungserklärung	☐
Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Skelettsystemfehlbildungen	☐

[1] Bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des Gesetzes, wonach das angezeigte Team erst nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, es sei denn, das genannte Krankenhaus erhält vom erweiterten Landesausschuss einen anderslautenden Bescheid. Innerhalb der genannten Frist wird der erweiterte Landesausschuss die Anzeige prüfen, um festzustellen, ob die Voraussetzungen des Gesetzes und der hierzu ergangenen Richtlinie erfüllt sind.

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für

- **Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie** oder
- **Innere Medizin und Nephrologie** oder
- **Innere Medizin und Rheumatologie** oder
- **Orthopädie und Unfallchirurgie.**

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie** oder
- **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie** oder
- **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie** oder
- **Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie** oder
- **Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie**

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 / Position im Krankenhaus / Adresse(n)	**Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung**	**Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.**	**Teilnahme als:[2]**
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

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

Mitglieder des Kernteams*: [3]

Name der Mitglieder/ ggfs. Position im Krankenhaus/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz-bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

[3] Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharztdisziplin der Teamleitung abhängig. Die notwendige Zusammensetzung zur Bildung eines vollständigen Kernteams entnehmen Sie bitte der Auflistung auf Seite 6.

Mitglieder des Kernteams*:

Name der Mitglieder/ ggfs. Position im Krankenhaus/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz-bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja.	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

*Ein Facharzt / eine Fachärztin für:[4]

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie und
- Innere Medizin und Nephrologie und
- Innere Medizin und Rheumatologie und
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend -Nephrologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie und/oder für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

zu benennen.

Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Schwerpunkte verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

☐ **Anästhesiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner: [5]		
Benennung:	☐ Persönlich [6]	☐ Institutionell [7]
Kooperationsvertrag beigefügt: [8]	☐ Ja	
Anmerkungen:		

☐ **Augenheilkunde**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

[5] Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

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

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

[8] 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**

☐ **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Haut- und Geschlechtskrankheiten (nur bei Behandlungen von Ehlers-Danlos-Syndrom)**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Humangenetik**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Innere Medizin und Gastroenterologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

☐ **Innere Medizin und Kardiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Innere Medizin und Pneumologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Laboratoriumsmedizin**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) **Anlage 2**

☐ **Neurologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Nuklearmedizin**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Pathologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

☐ **Psychiatrie und Psychotherapie oder** ☐ **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder** ☐ **Psychologische/r Psychotherapeut/in oder** ☐ **Ärztliche/r Psychotherapeut/in oder** ☐ **Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Radiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

<u>zusätzlich kann folgende Facharztgruppe benannt werden.</u>

☐ **Phoniatrie und Pädaudiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Facharztgruppen benannt werden.

☐ **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	**Anlage 2**

☐ **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder** ☐ **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in oder** ☐ **Fachpsychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)
☐ ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege
☐ Ergotherapie
☐ Kieferorthopädie
☐ Logopädie
☐ Orthopädietechnik-Mechanik
☐ zugelassene(r) Physiotherapeut(in) [9]
☐ sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

[9] Ein zugelassener Physiotherapeut ist berechtigt, Patienten der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

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

24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** welche aus einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht: [10]

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

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

[10] Durch die unter „Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)“ genannten Fachärzte für Innere Medizin ist die Erfüllung jener Anforderung ebenso möglich.

I. Mindestmengen:

keine

II. Qualitätssicherung:

Bitte verwenden Sie für den Nachweis der Qualitätsanforderungen das gesonderte Formular:

„Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Skelettsystem-fehlbildungen“!

www.kvbawue.de/pdf5364

Versicherungserklärung Anlage 5

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

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

☐ Ich möchte den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitte um Zusendung der entsprechenden Formulare.

Datum	Unterschrift und Stempel (Geschäftsführer)

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

Bevollmächtigung des ASV-Anzeigestellers durch vertragsärztliche Kernteammitglieder und vertragsärztliche hinzuzuziehende Fachärzte sowie Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses 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. [11]

Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes und der Institution	**Datum**	**Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes und des Vertretungsberechtigten [12] der Institution)**

[11] 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.
[12] Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.

An den
Erweiterter Landesausschuss BW
Albstadtweg 11
70506 Stuttgart

Datum _____

Postempfangsvollmacht

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bevollmächtige ich die untenstehende Person:

Name: _____

ab sofort die Postsendungen für das Krankenhaus / Klinikum

Name der Klinik: _____

Adresse der Klinik: _____

_____

_____

entgegenzunehmen.

Diese Vollmacht beinhaltet auch den Empfang digitaler Sendungen, die an folgende E-Mail-Adresse geschickt werden sollen.

E-Mail-Adresse: _____

Die Postempfangsvollmacht kann vom Vollmachtgeber jederzeit gegenüber dem erweiterten Landesausschuss schriftlich widerrufen werden.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Unterschrift Geschäftsführer/in