

Anzeigeformular
Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V

Erweiterter Landesausschuss Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

gemäß der Anlage 2 p)
der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL)
(Beschluss 18.12.2025)

Allgemeine Hinweise:

Diese Anzeige ist komplett ausgefüllt und mit allen beizufügenden Belegen, **eigenhändig unterschrieben, postalisch** an den erweiterten Landesausschuss der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser für den Bereich Nordrhein zu richten.

Alle beigefügten Dokumente können in Kopie eingereicht werden, eine beglaubigte Abschrift ist nicht erforderlich.

Die in diesem Formular verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen (§ 3 Abs. 3 S. 2 ASV-RL).

1. Anzeige des Krankenhauses		
1.1.	Genaue Bezeichnung des Krankenhauses:	
1.2.	Anschrift des Krankenhauses:	
1.3.	Träger des Krankenhauses:	
1.4.	Das Krankenhaus wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):	
1.5.	Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigefügt:	Ja <input type="checkbox"/>
1.6.	Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:	Ja <input type="checkbox"/>
1.7.	Feststellungs- bzw. Anerkennungsbescheid oder Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ist beigefügt:	Ja <input type="checkbox"/>
1.8.	Institutskennzeichen (für die stationäre Versorgung):	
1.9.	Das Krankenhaus ist befugt für die hier betroffenen Krankheitsbilder stationäre Leistungen zu erbringen:	Ja <input type="checkbox"/>
1.10.	Telefon:	
1.11.	Fax:	
Soweit mehrere Krankenhäuser gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten, füllen Sie für weitere Krankenhäuser diese Seite bitte mehrfach aus.		

und / oder

2. Anzeigende Vertragsärzte/Vertragsärztinnen				
Anzeigende Mitglieder des Teams (nur Teamleitung und Kernteam): Für angestellte Ärzte muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Bitte machen Sie kenntlich, wer angestellt ist und wer Anstellender ist.				Bescheid des Zulassungsausschusses, aus dem sich die derzeitige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, ist als Anlage beigefügt
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>

Falls der Platz nicht ausreicht, um alle anzeigenden Vertragsärzte anzugeben, füllen Sie diese Seite bitte mehrfach aus.

und / oder

3. Anzeige des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

3.1. Name des MVZ:

3.2. Anschrift des MVZ:

3.3. Träger des MVZ:

3.4. Das MVZ wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):

3.5. Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigefügt:

Ja

3.6. Der Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte Nordrhein, aus dem sich die derzeitige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, ist als Anlage beigefügt:

Ja

3.7. Telefon:

3.8. Fax:

**Soweit mehrere MVZ gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten,
füllen Sie für weitere MVZ diese Seite bitte mehrfach aus.**

4. Konkretisierung der Erkrankung

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen (Nr. 1 der Anlage 2 p) der ASV-RL).

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

„seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“

(ICD-Listen sind unter Nr. 1 der Anlage 2 p) angeborenen Skelettsystemfehlbildungen der ASV-RL zu finden).

5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Nr. 2 der Anlage 2 p) der ASV-RL.

6. Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die mögliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, ob Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen (Nr. 3.1 der Anlage 2 p) der ASV-RL).

Vorweg bitten wir daher zunächst um Angabe, ob Kinder und Jugendliche im Rahmen der ASV behandelt werden sollen:

Es sollen Kinder und Jugendliche behandelt werden: ja nein

7. Allgemeine Hinweise zur Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen für das nachfolgend benannte Team richten sich entweder nach § 135 Absatz 2 SGB V oder können durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL ersetzt werden. Die alternativen Qualitätsanforderungen, welche bereits ersetzt wurden, finden Sie unter § 4a ASV-RL.

Auf der letzten Seite dieses Formulars finden Sie eine Übersicht, welche Qualitätssicherungen nach § 135 Absatz 2 SGB V oder nach § 4a ASV-RL nachzuweisen sind.

Die Teilnahmevoraussetzung gilt im Hinblick auf die Qualitätssicherung für das ASV-Team als erfüllt, wenn sie für mindestens eine Ärztin oder einen Arzt des ASV-Teams nachgewiesen wurde. Bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL kann die Erfüllung der Anforderungen institutionell nachgewiesen werden.

Personelle Anforderungen:

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

8. Teamleitung**8.1. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktانerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.2. Innere Medizin und Nephrologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktانerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.3. Innere Medizin und Rheumatologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.4. Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

Sofern Kinder- und Jugendliche behandelt werden:
8.5. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.6. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.7. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.8. Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

ODER

ODER

8.9. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

9. Kernteam

Für das Gebiet Innere Medizin ist mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer der folgenden Facharztbezeichnungen zu benennen:

9.1. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND/ODER

UND/ODER

9.2. Innere Medizin und Nephrologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND/ODER

UND/ODER

9.3. Innere Medizin und Rheumatologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND

9.4. Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

9.5. Kinder- und Jugendmedizin ggf. mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

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

ggf. Schwerpunktanerkennung

ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND ggf.

UND ggf.

9.6. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend -Nephrologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND ggf.

UND ggf.

9.7. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

UND

UND

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

9.8. Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

UND/ODER Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung

ggf. Zusatzbezeichnung

Erforderliche Bestätigung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

Mit den Unterschriften der Vertretungsberechtigten der Anzeigenden auf den entsprechenden Seiten dieses Formulars wird verbindlich bestätigt, dass einer der Nachweise für folgende QS vorliegt:

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend die entsprechende Seite im Verlauf des Formulars. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars

10. Hinzuzuziehende Fachärztinnen / Fachärzte

sind namentlich oder institutionell zu benennen (Angaben sind zu allen Fachgruppen erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.):

10.1. Anästhesiologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

ODER bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.2. Augenheilkunde
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.4. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.5. Haut- und Geschlechtskrankheiten (nur bei Ehlers-Danlos-Syndrom)
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.6. Humangenetik
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.7. Innere Medizin und Gastroenterologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.8. Innere Medizin und Kardiologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.9. Innere Medizin und Pneumologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.10. Laboratoriumsmedizin
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.11. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.12. Neurologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.13. Nuklearmedizin
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.14. Pathologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.15. Psychiatrie und Psychotherapie **ODER Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

ODER Psychologische ODER Ärztliche Psychotherapie **ODER Fachpsychotherapie für Erwachsene**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

ODER bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND

UND

10.16. Radiologie
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch einen der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) oder
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie hier
<u>ODER</u> bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) oder
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND ggf.

UND ggf.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

10.17. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

UND/ODER Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

UND/ODER Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie

UND/ODER Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

ODER bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND/ODER ggf.

UND/ODER ggf.

10.17.1. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

ODER Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ODER Fachpsychotherapie für Kinder und Jugendliche

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

ODER bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

UND ggf.

UND ggf.

Kann zusätzlich benannt werden:

10.18. Phoniatrie und Pädaudiologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erforderliche Nachweise: (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
- Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

bei persönlicher Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

ODER bei institutioneller Benennung (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**
- fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**
- Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

11. Sächliche und organisatorische Anforderungen gem. Anlage 2 p) der ASV-RL Nr. 3.2 a):	
Es wird versichert , dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):	
11.1.1. ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	<input type="checkbox"/>
11.1.2. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
11.1.3. Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>
11.1.4. Logopädie	<input type="checkbox"/>
11.1.5. Orthopädietechnik-Mechanik	<input type="checkbox"/>
11.1.6. Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
11.1.7. Soziale Dienste	<input type="checkbox"/>

11.2. 24-Stunden-Notfallversorgung gem. Anlage 2 p) der ASV-RL Nr. 3.2 b):	
Es wird versichert , dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):	
11.2.1. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
11.2.2. Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
11.2.3. Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
11.2.4. Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>
11.3. Es wird versichert , dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass die 24-Stunden-Notfallversorgung auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik umfasst.	<input type="checkbox"/>
11.4. Es wird versichert , dass die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sind (§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL).	<input type="checkbox"/>

12. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

12.1. Die Leistungen werden (mit Ausnahme von an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie der Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten/Patientinnen entnommenem Untersuchungsmaterial) **an dem angegebenen Tätigkeitsort der Teamleitung** zu den folgenden festgelegten Zeiten (**mindestens an einem Tag in der Woche**) von den Mitgliedern des Kernteams angeboten:

Titel, Name, Vorname

im Kernteam benannt als:

Montag	von		bis		von		bis	
Dienstag	von		bis		von		bis	
Mittwoch	von		bis		von		bis	
Donnerstag	von		bis		von		bis	
Freitag	von		bis		von		bis	
Samstag	von		bis		von		bis	

12.2. Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung **des Kernteams** für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist:

Ja Nein

12.3. Es wird versichert, dass der Tätigkeitsort der **hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte** für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegt:

Ja Nein

Falls unter 12.2 oder 12.3 „Nein“ angekreuzt wurde, geben Sie bitte an, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen **nicht** zutrifft:

13. Mindestmengen

Gem. Anlage 2 p) der ASV-RL Nr. 3.4 gilt: Keine Mindestmengen.

14. Qualitätssicherung gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Sofern für die vorstehenden Fachrichtungen aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurden.

Bitte kreuzen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) für die Teamleitung, das Kernteam und die hinzuzuziehenden Fachärzte gem. § 135 Abs. 2 SGB V an. Eine entsprechende Übersicht finden Sie am Ende des Formulars.

Name, Vorname:

Fachrichtung:

- Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie
- Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik
- Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
- Ultraschall-Vereinbarung
- Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor
- Vereinbarung zur invasiven Kardiologie
- Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle

14.1. Es wird versichert, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung im Rahmen der ASV entsprechend der jeweils betroffenen Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V vorliegen, bis diese ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen werden.

14.2. Es wird versichert, dass die Teammitglieder zusätzlich gem. § 12 Satz 3 der ASV-RL die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135 a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend einhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

15. Folgendes ist mir bekannt:

- 15.1.** Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 15.2.** Die Leistungen, die im Rahmen der ASV vom Berechtigten erbracht werden können, sind im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. Anlage betreffend der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).
- 15.3.** Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31 a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren (§ 5 Abs. 3 Satz 2 ASV-RL).
- 15.4.** Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Leistungserbringer können gegen Aufwendungsersatz die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen (§ 116 b Abs. 6 S. 1 SGB V).
- 15.5.** Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrrechtlichen Zulassung oder dem Ende der Berechtigung des teilnehmenden Krankenhauses stationäre Leistungen zu erbringen. Das Ausscheiden bzw. das Ende der Teilnahme ist dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 S. 1 u. 2 ASV-RL)
- 15.6.** Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss ein neues Mitglied zu benennen. Bis dahin ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116 b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
- 15.7.** Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, die die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesgesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
- 15.8.** Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, ist dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunktes ihres Wegfalls gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sind unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).

- 15.9.** Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.
- 15.10.** Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen (§ 8 ASV-RL i.V.m. Nr. 4. der Anlage 2 p) zur ASV-RL).
- 15.11.** Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL (§ 14 ASV-RL i. V. m. Nr. 3.3 der Anlage 2 p) zur ASV-RL.
- 15.12.** Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 15.13.** Der erweiterte Landesausschuss kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass oder nach Ablauf von fünf Jahren nach der ersten Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss oder der letzten Überprüfung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).
- 15.14.** Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116b Abs. 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 Satz 10 SGB V).

16. Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass

16.1. der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.

16.2. die Zusammenarbeit in der ASV in einem interdisziplinären Team erfolgt und alle Absprachen zur Organisation der Zusammenarbeit des Teams entsprechend der ASV-RL erfolgt sind.

16.3. der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).

16.4. die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).

16.5. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).

16.6. eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).

16.7. eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).

16.8. die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).

16.9. ich als Anzeigender alle angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Anschrift sowie alle eingereichten Unterlagen von mir und allen weiteren Teammitgliedern unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingeholt habe und diese ausschließlich im Einverständnis der Betroffenen weitergegeben habe. Weiterhin bestätige ich, dass der erweiterte Landesausschuss sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses diese Daten, die allein zum Zwecke der Bearbeitung der eingereichten Anzeige notwendig und erforderlich sind, im Rahmen der Anzeigebearbeitung speichern und verarbeiten dürfen.

17. Unterschriften der Anzeigenden

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus (siehe Seite zwei):

Ort, Datum	Krankenhaus Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des Krankenhauses	Unterschrift
Ort, Datum	Krankenhaus Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des Krankenhauses	Unterschrift

Bei Anzeige durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen (siehe Seite drei):

Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift

Bei Anzeige durch ein MVZ (siehe Seite vier):

Ort, Datum	MVZ Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift
Ort, Datum	MVZ Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift

18. Erläuterungen bzgl. der für das Team nachzuweisenden Qualitätssicherungsanforderungen

Für folgende Qualitätssicherungen sind entweder Nachweise gem. § 135 Abs. 2 SGB V oder § 4 a ASV-RL einzureichen.
Eine Übersicht für welche Qualitätssicherungen welche Rechtsgrundlage gilt, finden Sie hier.

Folgende Qualitätssicherungen sind für das Team vorzuhalten:	Der Nachweis erfolgt gem. § 135 Abs. 2 SGB V durch Unterschrift auf den folgenden Seiten des Formulars	Der Nachweis erfolgt gem. § 4a ASV-RL durch die gewählte Auswahl auf den Seiten der zu benennenden Teammitglieder	Bitte kontrollieren Sie, dass für jede Fachrichtung für mindestens einen Arzt / eine Ärztin die entsprechenden Nachweise der in Betracht kommenden Qualitätssicherungen vorliegen
Langzeit-EKG		X	
Allgemeine Röntgendiagnostik		X	
Computertomographie		X	
Koloskopie		X	
Nuklearmedizin		X	
Kernspintomographie		X	
Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	X		
Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie	X		
Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik	X		
Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung	X		
Ultraschall-Vereinbarung	X		
Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor	X		
Vereinbarung zur invasiven Kardiologie	X		
Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle	X		