

Formular für den erweiterten Landesausschuss in Schleswig-Holstein



Erweiterter Landesausschuss Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6 | 23795 Bad Segeberg | Postfach | 23782 Bad Segeberg

Anzeige

Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (TBC) / atypischer Mykobakteriose gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses - Anlage 2 a)

Hinweis:

Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzeigen.

1. Angaben zu den Anzeigenden

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose/atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

- Krankenhaus
- Vertragsarzt
- Ermächtigte/r
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Anzeigendes Krankenhaus (pro Krankenhaus ein Vordruck)			
Genauere Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise sind in Kopie beigefügt, sofern das KH nicht im Krankenhausplan S-H aufgeführt ist
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ¹⁾
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ²⁾
freiwillige Angabe: Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tuberkulose.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

1) Auszug aus dem Krankenhausplan.

2) zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses
 - Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder krankenhausesindividuell verhandelter Entgelte (E3) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

Anzeigende Vertragsärzte (pro Vertragsarzt ein Vordruck)		
Name, Vorname, Titel:		
Praxisanschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		
Möchten Sie persönlich in diesem ASV-Team Leistungen erbringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

ggf. angestellter Arzt als ASV-Leistungserbringer		
Name, Vorname, Titel		
Anschrift Tätigkeitsort:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		

Anzeigendes Medizinisches Versorgungszentrum (pro MVZ ein Vordruck)	
Name und Betriebsstättenanschrift des MVZ:	
Vertretungsberechtigter:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
BSNR:	

Namen der ASV-Leistungserbringer (Name, Vorname, Titel)	Angabe der LANR der jeweiligen Ärzte

2. Personelle Anforderungen

Hinweis:

Für die Mitglieder der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatzweiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 1); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

2.1. Angaben zur Teamleitung

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
a. Teamleitung	Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
b. Teamleitung	Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2. Angaben zum Kernteam

wenn Teamleitung nach 2.1.a.

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
Teammitglied	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2. Angaben zum Kernteam				
wenn Teamleitung nach 2.1.b.				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2. Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (institutionelle Benennung möglich)

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Hinzuzuziehende/r	Augenheilkunde		
Hinzuzuziehende/r	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Gastroenterologie		
Hinzuzuziehende/r	Urologie		
Hinzuzuziehende/r	Orthopädie und Unfallchirurgie		
Hinzuzuziehende/r	Neurologie		

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Hinzuzuziehende/r	Pathologie		
Hinzuzuziehende/r	Laboratoriumsmedizin		
Hinzuzuziehende/r	Radiologie		
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden			
Hinzuzuziehende/r	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie		
Hinzuzuziehende/r	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		

2.4. Interdisziplinäres Team

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet: Ja Nein

ggf. Erläuterung:

3. Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 ASV-Richtlinie

Bitte ankreuzen

Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor.

Ja

Nein

4. Sächliche und organisatorische Anforderungen

Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS-Behandlung (Möglichkeiten bitte benennen):

Räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz wird gewährleistet
(Bitte räumliche Vorkehrungen benennen):

5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

(Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben)

Die Mitglieder des Kernteams bieten die Leistungen an folgenden Tagen (mindestens an einem Tag in der Woche) am oben angegebenen Ort an:

Fachgebiet	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>						
Facharzt Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>						
Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>						
Kinder- und Jugendmedizin *	<input type="checkbox"/>						

* wenn Kinder- und Jugendliche behandelt werden sollen

Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial, wobei der Ort der Leistungserbringung dennoch für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen muss.

(Angabe der Namen der Kernteammitglieder sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 2)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

(Angabe des Namens des Arztes oder der Institution und Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 3)

6. Mindestmengen

(Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.)

Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der unter Punkt 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (Anlage 2a Tuberkulose / atypische Mykobakteriose) genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

In den zurückliegenden vier Quartalen wurden durch das Kernteam behandelt: _____ Patienten.
Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

7. Qualitätssicherung

Bitte Ankreuzen

Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend. Es handelt sich insbesondere um folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:

- Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie
- Laborrichtlinie der KBV
- Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie Diagnostische Radiologie, je nach Anwendungsklasse / GOP
- Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Computertomographie
- Kernspintomographievereinbarung
- Qualitätssicherungsvereinbarung Langzeit-EKG (nur GOP aus Kapitel 4 EBM - Kinderärzte)
- Ultraschall-Vereinbarung
- Vertrag nach § 115 b und Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 zum ambulanten Operieren
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dialyse

Ja

Nein

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.

8. Bevollmächtigung	Bitte Ankreuzen	
Für den gesamten Schriftwechsel wird eine Person bevollmächtigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name des Bevollmächtigten		
Postanschrift des Bevollmächtigten		

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen,
 - bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
 - bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der Gemeinsame Bundesausschuss diese durch eine QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des §135 Absatz 2 SGB V zu dieser Richtlinie ersetzt.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. 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 oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der erweiterte Landesausschuss ist gemäß § 116b Abs. 2 Satz 9 SGB V berechtigt, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zur Tuberkulose (TBC)/ atypischer Mykobakteriose bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zur Tuberkulose (TBC)/ atypischer Mykobakteriose in der jeweils gültigen Fassung sowie § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung nicht erbringen werden.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder (einschl. der hinzuzuziehenden Ärztinnen/Ärzte) die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- durch die ASV-Berechtigten sicherzustellen ist, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.

ggf. diese Seite(n) bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Bei Anzeige durch ein Medizinisches Versorgungszentrum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des MVZ (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Einverständniserklärung

zur Anzeige der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

LANR:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)

Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams
(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial werden von den Mitgliedern des Kernteams an nachfolgend genannten Orten erbracht. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen.

Name, Vorname, Titel (Mitglied des Kernteams)	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	abweichender Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

Tätigkeitsorte der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte
(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution)	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

Vorsorglich freiwillige Angaben zu Vertretern

Anlage 4

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL ist eine Vertretung, die länger als eine Woche andauert, dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Bitte beachten Sie, dass diese Meldung durch die Übermittlung von Anlage 4 nicht ersetzt wird.

Allerdings eröffnet Anlage 4 die Möglichkeit, vorab nachzuweisen, dass die Vertreter den nach § 3 Absatz 4 Satz 2 ASV-RL notwendigen Facharztstatus besitzen. Durch die frühzeitige Benennung wäre ferner ersichtlich, dass die Vertreter organisatorisch in das Team eingebunden sind. Teammitglieder sind sie allerdings nicht.

Hinweis:

Für die Vertreter der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatzweiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 5); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

V.1. Angaben zur Vertretung der Teamleitung

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
a. Vertretung der Teamleitung	Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
b. Vertretung der Teamleitung	Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

V.2. Angaben zum Kernteam				
wenn Teamleitung nach V.1.a.				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
Vertretung Teammitglied	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

V.2. Angaben zum Kernteam				
wenn Teamleitung nach V.1.b.				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

V.2. Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
oder				
Vertretung Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (institutionelle Benennung möglich)			
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Augenheilkunde		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Gastroenterologie		

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Urologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Orthopädie und Unfallchirurgie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Neurologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Pathologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Laboratoriumsmedizin		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Radiologie		
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden			
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		

Unterschriften der/des Anzeigenden - ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus		
Unterschrift des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses		
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)		
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name des Arztes (bitte in Blockschrift)	Unterschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bei Anzeige durch ein Medizinisches Versorgungszentrum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des MVZ (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Einverständniserklärung - Vertreter der Teammitglieder

zur Anzeige der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

LANR:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)