**Bevollmächtigungen**

für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

|  |
| --- |
| **ASV-Team** |
| Name:      ASV-Diagnosebereich:      Teamnummer:       |
| Teamleiter:(Vorname, Name, Anschrift) |            |
| Telefon: |       | E-Mail: |       |

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular per E-Mail an ela@kvsh.de oder folgende Adresse zurückzusenden:

**Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Schleswig-Holstein**

**Bismarckallee 1-6**

**23795 Bad Segeberg**

Für Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle telefonisch unter 04551/883-908 zur Verfügung.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner für den Schriftverkehr** | **Bitte ankreuzen** |
| Hiermit bevollmächtige ich widerruflich für den Schriftwechsel einen Ansprechpartner: | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Herr / FrauPostanschrift | E-MailTelefonnummer |
| **Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams** | **Bitte ankreuzen** |
| Hiermit bevollmächtige ich widerruflich die unten genannte Person, die künftigen mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des ASV-Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben: | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Herr / FrauPostanschrift | E-MailTelefonnummer |

[ ]  **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Teammitglieder über die erteilte/n Bevollmächtigung/en informiert und einverstanden sind.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Unterschrift der Anzeigenden** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift) |  | Unterschrift |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift) |  | Unterschrift |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift) |  | Unterschrift |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift) |  | Unterschrift |  |