



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:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herr / Frau	E-Mail	
Postanschrift	Telefonnummer	

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:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herr / Frau Postanschrift	E-Mail Telefonnummer	

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