

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

▶▶ Kopf- oder Halstumoren

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 2 SGB V

1. Angaben zum anzeigenden Teamleiter:

<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Vertragsarzt*	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> MVZ/Einrichtung n. § 311 SGBV
--------------------------------------	--	------------------------------	--

Name/Einrichtung:			
Straße/Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
Telefon:		Fax:	
E-Mail:			

2. Sofern „Vertragsarzt“ unter Ziffer 1. als Anzeigender Die Anzeige wird eingereicht für:

<input type="checkbox"/> o. g. Vertragsarzt*	<input type="checkbox"/> den angestellten Arzt*, Name:
--	--

3. beigefügte Unterlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
<input type="checkbox"/>	Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
<input type="checkbox"/>	Teil C ASV-Kooperation gemäß § 10 Abs. 1 ASV-RL i.V.m. § 116b Abs. 4 S. 10 SGB V
<input type="checkbox"/>	Teil D Nachweis von Mindestmengen incl. Anlage zu Teil D
<input type="checkbox"/>	Teil E Einverständniserklärung(en)
<input type="checkbox"/>	Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
<input type="checkbox"/>	Teil G Einverständniserklärung(en) zur Informationsübermittlung an die ASV-Servicestelle
<input type="checkbox"/>	<u>Anlagen</u> : Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV)

4. Unterzeichnung:

Datum: _____	Stempel/Unterschrift:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Der Nachweis der Vertretungsberechtigung des Unterzeichners ist beigefügt:		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	