

## ▶▶ Neuromuskuläre Erkrankungen

### Teil A      Personelle Anforderungen

#### 1. Teamleitung\*

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

#### 2. Mitglieder des Kernteams \*

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

## ▶▶ Neuromuskuläre Erkrankungen

### Teil A      Personelle Anforderungen

#### 2. Mitglieder des Kernteams\* (Fortsetzung 1)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

**▶▶ Neuromuskuläre Erkrankungen**

**Teil A      Personelle Anforderungen**

**2. Mitglieder des Kernteams\* (Fortsetzung 2)**

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

## ▶▶ Neuromuskuläre Erkrankungen

### Teil A      Personelle Anforderungen

#### 2. Mitglieder des Kernteams\* (Fortsetzung 3)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

### ► ► Neuromuskuläre Erkrankungen

#### Teil A Personelle Anforderungen

##### 3. hinzuzuziehende Fachärzte\*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Augenheilkunde		
Humangenetik		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Rheumatologie		
Laboratoriumsmedizin		
Neuropathologie		
Nuklearmedizin		
Orthopädie und Unfallchirurgie		
Pathologie**		
Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> ärztlicher <b>oder</b> psychologischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie*** <b>oder</b> Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*** <b>oder</b> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie*** <b>oder</b> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie*** <b>oder</b> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie <b>oder</b> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Rheumatologie***		

\* Für jedes Mitglied des Kernteams und jeden hinzuzuziehenden Facharzt ist eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; Krankenhausärzte können eine Beglaubigung bei der KVBB kostenfrei erhalten; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses Einsicht in die bei der KVBB geführte(n) Arztregister-/ bzw. Verwaltungsakte(n) nimmt (vgl. Erklärung Teil E). Darüber hinaus ist die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nachzuweisen (vgl. Anlagen zum Formular).

\*\* sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung genannten Erkrankungen verfügt

\*\*\*sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich möglich