

▶ ▶ Rheumatologische Erkrankungen

Teil A 1 Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

1. Teamleitung*

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Innere Medizin und Rheumatologie	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.:	

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

► ► Rheumatologische Erkrankungen

Teil A 1 Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

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.:	

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

► Rheumatologische Erkrankungen

Teil A 1 Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 2)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Orthopädie und Unfallchirurgie	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusatzweiterbildung	orthopädische Rheumatologie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

oder

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatzweiterbildung „orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, da in dem für die ASV relevanten Einzugsbereich	
<input type="checkbox"/>	kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
<input type="checkbox"/>	dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie gefunden wurde [<i>Nachweis über das Bemühen bitte beifügen</i>].

▶ ▶ Rheumatologische Erkrankungen

Teil A 1 Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*(Fortsetzung 3)

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Augenheilkunde		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Hals-Nasen-Ohrenheil- kunde		
Humangenetik (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)		
Innere Medizin und Angiologie		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Laboratoriumsmedizin		
Mikrobiologie, Virologie und Infektions- epidemiologie		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		
Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut		

► ► Rheumatologische Erkrankungen

Teil A 1 Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

3. hinzuzuziehende Fachärzte* (Fortsetzung 4)

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Radiologie		
Urologie		

* 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).