

## ▶ ▶ Rheumatologische Erkrankungen

### Teil A 1    Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen

#### 1. Teamleitung\*

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>	Innere Medizin und Rheumatologie	<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>	

#### 2. Mitglieder des Kernteams\*

<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>	

▶ ▶ **Rheumatologische Erkrankungen**

**Teil A 1    Personelle Anforderungen - Behandlung von Erwachsenen**

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

<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>	

# 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

<b>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</b>	
<input type="checkbox"/>	kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist <b>oder</b>
<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 <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> Psychologischer <b>oder</b> 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).