

Arztstempel

Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gem. "Onkologie-Vereinbarung"

Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung erfolgt für :

--	--

Name, Vorname, Titel LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab:

--

Betreuung von onkologischen Patienten

Die KV Hamburg behält sich das Recht vor, Nachweise über die betreuten onkologischen Patienten gemäß § 3 (4) Onkologie-Vereinbarung vorlegen zu lassen.

Einverständniserklärung zur gezielten Pharmakotherapieberatung

Der onkologisch qualifizierte Arzt erklärt sich damit einverstanden, dass die gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission gemäß § 10 der Onkologie-Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden können.

**Selbsterklärung über die Beschäftigung onkologisch besonders qualifizierten
Pflegepersonals gem. § 5 Abs. 1 (Organisatorische Maßnahmen)
der Onkologie-Vereinbarung**

In meiner Praxis / Im MVZ / In der BAG sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (mindestens eine/-r) mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.

In meiner Praxis / Im MVZ / In der BAG sind medizinische Fachangestellte mit einer onkologischen Qualifikation im Umfang von 120 Stunden zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.

Hinweis: Die Weiterbildung der onkologischen Qualifikation kann auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden.

Die KV Hamburg behält sich vor, die organisatorischen Voraussetzungen gem. §§ 5 und 6 zu überprüfen und erforderliche Nachweise anzufordern.

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Name Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift Angestellter

Name Druckbuchstaben

Bestätigung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft

Es wird hiermit bestätigt, dass mit folgenden Ärzten eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6 Onkologie-Vereinbarung gebildet sind.

Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft	namentliche Nennung (Druckbuchstaben)	Praxis/Ort
Kompetenz Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	_____	_____
Kompetenz Pathologie	_____	_____
Kompetenz Radiologie	_____	_____
Kompetenz Strahlentherapie	_____	_____
Kompetenz Palliativmedizin	_____	_____

Weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in der Praxis betreuten Tumorerkrankungen

_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis/Ort
_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis/Ort

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Antragsteller

		Unterschrift Angestellter