Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von der nuklearmedizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der ASV – Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage1.1 a) onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

☐ ja ☐ nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht**:**

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

☐ nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie (GOP 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372 EBM)

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

☐ Nuklearmedizin

Qualifikationsnachweise

➔ Facharzturkunde

➔ Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung

➔ Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (Umgang mit radioaktiven Stoffen), ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Für angestellte Ärzte

☐ Im Rahmen der Anstellung wird unser angestellter Arzt als Strahlenschutzbeauftragter bestellt.

Eine angepasste Umgangsgenehmigung vom Amt für Arbeitsschutz

☐ liegt diesem Antrag bei

☐ wird nachgereicht

☐ Unser angestellter Arzt wird nicht als Strahlenschutzbeauftragter bestellt.

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

☐ Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung

Hersteller: _____ Baujahr: _____

KV-Reg.-Nr.: _____

☐ Wenn das Gerät noch nicht bei der KV Hamburg gemeldet ist, fügen Sie bitte den Bericht zur Abnahmeprüfung nach §115 StrSchV bei. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes Nuklearmedizin und von für die beantragte Leistungen hervorgeht.

Bei weiteren Standorten und Geräten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs.2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

_____ _____

Datum Unterschrift Teammitglied