

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
Leistungen der diagnostischen Radiologie
im Rahmen der ASV – Tumoren der Lunge und des Thorax**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax. 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

Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34210, 34212, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34255, 34256, 34260, 34282, 34290, 34293, 34294, 34295, 34296 EBM)
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Thoraxchirurgie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie**
- ☐ Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule (GOP 34503 EBM)
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Thoraxchirurgie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie**
- ☐ Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens (GOP 34240, 34241, 34242 EBM)
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie**
- ☐ **Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie**
- ☐ Gefäße (GOP 34294, 34295, 34296 EBM)

Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- ☐ Radiologie
- ☐ Strahlentherapie
- ☐ Thoraxchirurgie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Herzchirurgie
- ☐ Innere Medizin und Pneumologie
- ☐ Innere Medizin und Kardiologie

Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen

- Facharzturkunde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der radiologischen Diagnostik
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- ☐ Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.
Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): _____
Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.-Nr.: _____
- ☐ Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht).

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