

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 – Sarkoidose**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 –Sarkoidose. 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 Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**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, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17370, 17371, 17372, 17373 EBM)

## Qualifikation - Nachweise sind der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Nuklearmedizin.

### Nachweise

- Facharzturkunde
- Genehmigung der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (Amt für Arbeitsschutz) über den Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß Strahlenschutzgesetz

## 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 Bericht zur Abnahmeprüfung nach §115 StrSchV bei. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

## Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Fügen Sie bitte den Bericht zur Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV bei. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

## 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