

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
strahlentherapeutischen Leistungen 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 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

- strahlentherapeutische Leistungen (GOP 25310, 25321, 25324, 25325, 25326, 25327, 25328, 25330, 25331, 25332, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343 EBM)

Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

- Strahlentherapie

Nachweise

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde.

Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____

KV-Reg.-Nr.: _____

- Wenn das Gerät noch nicht bei der KV Hamburg gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:
- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
 - die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
 - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Bitte fügen Sie der Anzeige folgende Unterlagen bei:

- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
- die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
- die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz.

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.-Nr.: _____

Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
- die Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 Strahlenschutzgesetz

ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Bitte fügen Sie der Anzeige folgende Unterlagen bei:

- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 Strahlenschutzgesetz

ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz.

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