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 Osteodensitometrie im Rahmen der ASV – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinweise:
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a.Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation. 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-) Weiter-bildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Be-zeichnung 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

Hinweis

Fachärzte für Radiologie erfüllen die fachlichen Anforderungen.
Die Anzeige beim erweiterten Landesausschuss muss lediglich die Facharzturkunde beigefügt werden.

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

_____

und verfüge über eine Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach einer Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Knochendichtemessung fordert.

Alternativ erbringe ich den Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Knochendichtemessung unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte.

Qualifikationsnachweise

➔ Facharzturkunde
➔ Weiterbildungszeugnis

☐ Ich erbringe die Leistungen in einer radiologischen Organisationseinheit:

_____
Name und Anschrift der Organisationseinheit

oder

☐ Ich füge die Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Satz 4 Strahlenschutzgesetz oder die Mitteilung über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz (beides ausgestellt von der Hamburger Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - staatliche Arbeitsschutzaufsicht) als Anlage bei.

Hinweis: Die entsprechende Facharzturkunde und die Zeugnisse sind der Anzeige beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL,
Ergänzung leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen § 4 und Anhang § 4a - ASV-RL,
in der aktuell gültigen Fassung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

_____ _____
Datum Unterschrift Teammitglied