

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



Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Ambulanten Operationen im Rahmen der ASV – Multiple Sklerose

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.2 – Buchstabe a Multiple Sklerose. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzugeben 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

Eingriffsarten

- Operationen (gemäß Kapitel 31.2 EBM)
- kleinere invasive Eingriffe
- invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
- Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt/Fachärztin für _____

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

Der Erwerb von eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten für Operationen (Facharztstandard) ist im Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung obligatorisch. Für bestimmte Eingriffe sind weitere Voraussetzungen neben der Facharztbezeichnung gefordert.

Ich führe die Schwerpunktbezeichnung als _____

und/oder

die Fachkunde in _____

und/oder

die fakultative Weiterbildung in _____

Bitte fügen Sie entsprechende Weiterbildungsnachweise bei.

Anforderungen an die Ausstattung des Tätigkeitsortes

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die Ausstattung des Tätigkeitsortes nach § 6 der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB Verfüllt sind

Anforderungen an die Ausstattung des Tätigkeitsortes

- Bauplan (Bauskizze der Praxis)
- Hygieneplan

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn _____ unsere OP-Raum
Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und
hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

Datum

Stempel und Unterschrift des OP-Betreibers