

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 Leistungen der Osteodensitometrie 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

- Osteodensitometrische Untersuchungen I (GOP 34600 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchungen II (GOP 34601 EBM)

## Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

Ich bin Fachärztin / Facharzt für

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Radiologie.

### Nachweise

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung
- Zeugnis über die Einweisung in theoretische Grundlagen, Techniken und die Indikationsstellung sowie den Erwerb praktischer Erfahrungen in der Knochendichtemessung aufgrund der Durchführung von mindestens 50 Untersuchungen unter Anleitung eines in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbständiger Einstellung des Gerätes und selbständiger Befundung.

**Hinweis:** Abhängig von den Weiterbildungsinhalten der Facharztausbildung kann die Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich sein.

## 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