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 diagnostischen Radiologie im Rahmen der ASV Tumorgruppe 2 – gynäkologische Tumore

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumore.
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-) Weiterbil-dungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeich-nung 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

Fachärzte für Radiologie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296 EBM)

- ☐ Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule (GOP 34503 EBM)

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Onkologie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34256)

Fachärzte für Urologie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34255, 35256, 34257)

Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie/Gefäßchirurgie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34294, 34295, 34296 EBM)

Fachärzte Gefäßchirurgie

- ☐ Diagnostische Radiologie (GOP 34294, 34295, 34296 EBM)

Für die Ausführung der Phlebographie (GOP 34294, 34295, 34296 EBM) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 5).

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Onkologie
- ☐ Innere Medizin und Angiologie
- ☐ Radiologie
- ☐ Urologie.

Qualifikationsnachweise

- ➔ Facharzturkunde
- ➔ Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen diagnostischen Radiologie
- ➔ Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheingung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Apparative Ausstattung

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).

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

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren

Folgende Untersuchung wird durchgeführt:

☐ Phlebographie

Hiermit erkläre ich, das die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- ➔ räumliche Ausstattung
- ➔ die apparativ-technischen Vorussetzungen
- ➔ das Instrumentarium und die Geräte sowie
- ➔ die Arzneimittel

von mir für die o.g. Untersuchung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativ-technischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Datum	Unterschrift, Arzt- / Klinikstempel

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