

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 radiologischen Diagnostik
im Rahmen der ASV – urologische Tumore**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische 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-) 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

.....

Die Leistungen werden nur am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

.....

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie

- Gefäße (GOP 34294, 34295, 34296 EBM)

Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie

- Röntgendiagnostik (GOP 34210, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34333, 34234, 34237, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34250, 34251, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34293, 34294, 34295, 34296 EBM)
- Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule (GOP 34503 EBM)

Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie

- Urogenitalorgane (GOP 34255, 34256, 34257 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 4).

Qualifikation

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Radiologie.

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- Gefäßchirurgie
 Urologie.

und habe eine entsprechende Weiterbildung im Bereich der Röntgendiagnostik absolviert.

Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen

- Facharzturkunde
- Urkunde über die Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostik – fachgebunden“ bei Teilradiologen, wenn die Facharztanerkennung nach einer Weiterbildungsordnung ab 2005 erworben wurde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der radiologischen Diagnostik
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

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 der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach StrlSchV der Anzeige bei.

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Bitte fügen Sie den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach StrlSchV der Anzeige bei.

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, dass die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- räumliche Ausstattung,
- die apparativ-technischen Voraussetzungen,
- 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 apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011 (in der jeweils gültigen Fassung).

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