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 der nuklearmedizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der ASV – gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. 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 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

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

☐ nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie (GOP 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17340, 17341, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372 EBM)

Qualifikation - Nachweise sind der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

☐ Nuklearmedizin.

Nachweise

- Facharzturkunde
- Genehmigung der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (Amt für Arbeitsschutz) über den Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß Strahlenschutzgesetz

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 Bericht zur Abnahmeprüfung nach §115 StrSchV bei. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Fügen Sie bitte den Bericht zur Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV bei. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen.

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