

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 – Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2
a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose. 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-) Weiter-
bildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Be-
zeichnung 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

Die Operationen werden in folgender (n) Operationseinrichtung (en) durchgeführt

- in meiner Praxis/im MVZ
- in der Nebenbetriebsstätte (Filiale)

Name/Anschrift:

- in der Praxis eines Kollegen

Name/Anschrift:

- in einem Krankenhaus

Name/Anschrift:

- in einem OP-Zentrum

Leistungen die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

Folgende ambulante Operationen beabsichtige ich in der OP-Einrichtung durchzuführen:

GOP	OPS-Code	Leistungebeschreibung / Kapitel

Eingriffsarten

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

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

Hinweis: Der entsprechenden Nachweis ist der Anzeige beizufügen.

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 de OP-Betreibers

(nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass

Name: _____

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

Unterschrift des OP-Betreibers

Stempel des OP-Betreibers