

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 strahlentherapeutischen Leistungen im Rahmen der ASV –
Kopf- oder Halstumoren**

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a)) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren. 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 di-verse 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

- ☐ strahlentherapeutische Leistungen (GOP 25321, 25324, 25328, 25330, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343, 25345 EBM)

Qualifikation

- ☐ Ich bin Facharzt für Strahlentherapie

Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde.

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:

- die Genehmigung der zuständigen Behörde (Amt für Arbeitsschutz) für den Betrieb einer Anlage zur Erzeugung ionisierender Strahlung und/ oder dem Umgang mit sonstigen radioaktiven Stoffen
- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (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 der Strahlentherapie
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied