

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 Osteodensitometrie
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 Tumoren. 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
.....

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

- Osteodensitometrische Untersuchungen I und II (GOP 34600, 34601 EBM)

Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

Ich bin Fachärztin / Facharzt für

- Radiologie.

Nachweise

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Röntgenverordnung bzw. Strahlenschutzverordnung
- Zeugnis über die Einweisung in theoretische Grundlagen, Techniken und die Indikationsstellung sowie den Erwerb praktischer Erfahrungen in der Knochendichtemessung aufgrund der Durchführung von mindestens 50 Untersuchungen unter Anleitung eines in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbständiger Einstellung des Gerätes und selbständiger Befundung.

Hinweis: Abhängig von den Weiterbildungsinhalten der Facharztausbildung kann die Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich sein.

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.): _____

- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach RöV bei.

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach RöV füge ich dieser 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