

▶ ▶ Gynäkologische Tumoren

Teil A Personelle Anforderungen

Die Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V zur Indikation gynäkologische Tumoren bezieht sich auf ...

<input type="checkbox"/>	die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren
<input type="checkbox"/>	ausschließlich die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mit den Diagnosen entsprechend Ziffer 1.1 der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren ASV-RL oder
<input type="checkbox"/>	ausschließlich die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren mit Diagnosen entsprechend Ziffer 1.2 der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren ASV-RL

1. Teamleitung *

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

2. Mitglieder des Kernteams *

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

▶ ▶ Gynäkologische Tumoren

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

▶ ▶ Gynäkologische Tumoren

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

▶ ▶ Gynäkologische Tumoren

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Gefäßchirurgie		
Humangenetik		
Innere Medizin und Angiologie		
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**		
Innere Medizin und Gastroenterologie**		
Innere Medizin und Kardiologie		
Innere Medizin und Nephrologie**		
Laboratoriumsmedizin		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		
Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psycho- logischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Urologie**		
Visceralchirurgie**		

* Für jedes Mitglied des Kernteams und jeden hinzuzuziehenden Facharzt ist eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung, Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung beizufügen; Krankenhausärzte können eine Beglaubigung bei der KVBB kostenfrei erhalten; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses Einsicht in die bei der KVBB geführte(n) Arztregister-/ bzw. Verwaltungsakte(n) nimmt (vgl. Erklärung Teil E). Darüber hinaus ist die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nachzuweisen (vgl. Anlagen zum Formular).

** gehören bei Anzeigen ausschließlich zur Behandlung von Mammakarzinomen nicht zum Behandlungsteam

▶▶ Gynäkologische Tumoren

Teil A Personelle Anforderungen

4. Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin wird vorgehalten von:

Name/ Vorname			
Zusatzweiterbildung	Palliativmedizin	Nachweis beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name/ Vorname			
Zusatzweiterbildung	Palliativmedizin	Nachweis beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Hinweis: Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.)