

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

▶▶ Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Teil A Personelle Anforderungen

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.:	

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.:	

▶ ▶ **Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven**

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 1)

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.:	

▶▶ Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 2)

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.:	

▶ ▶ Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Teil A Personelle Anforderungen

2. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie		
Humangenetik**		
Innere Medizin und Kardiologie		
Laboratoriumsmedizin		
Neuropathologie		
Nuklearmedizin		
Orthopädie und Unfallchirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psycho- logischer Psychotherapeut		
Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		
Pathologie***		
Radiologie***		

* Für jedes Mitglied des Kernteams und jeden hinzuzuziehenden Facharzt ist eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung 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).

** nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen

*** zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie bzw. Radiologie benannt werden.

▶▶ Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Teil A Personelle Anforderungen

3. 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.)