

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

## ► ► Tumoren der Lunge und des Thorax

### 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.:	

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

## ► ► Tumoren der Lunge und des Thorax

### 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.:	

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

## ► ► Tumoren der Lunge und des Thorax

### 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 der Lunge und des Thorax**

**Teil A    Personelle Anforderungen**

**2. Mitglieder des Kernteams\* (Fortsetzung)**

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

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

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

### ▶ ▶ Tumoren der Lunge und des Thorax

#### Teil A      Personelle Anforderungen

##### 3. hinzuzuziehende Fachärzte\*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Innere Medizin und Angiologie <b>oder</b> Gefäßchirurgie		
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)		
Laboratoriumsmedizin		
Neurochirurgie		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Orthopädie und Unfallchirurgie		
Pathologie		
Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> ärztlicher <b>oder</b> psycho- logischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Viszeralchirurgie		

\* Für jedes Mitglied des Kernteam 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).

## ▶▶ Tumoren der Lunge und des Thorax

### Teil A Personelle Anforderungen

#### 4. Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin wird vorgehalten von:

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

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

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