

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

## ▶▶ Hauttumoren

### 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:

## ▶▶ Hauttumoren

### 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.:	

## ▶▶ Hauttumoren

### Teil A Personelle Anforderungen

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

<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>	

### ▶▶ **Hauttumoren**

#### **Teil A      Personelle Anforderungen**

##### **2. hinzuzuziehende Fachärzte\***

<b>Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>	<b>Name/ ggf. Institution:</b>	<b>Praxissitz/Tätigkeitsort</b>
Anästhesiologie		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Innere Medizin und Pneumologie		
Laboratoriumsmedizin		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		
Plastische und Ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> ärztlicher <b>oder</b> psycho- logischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Urologie		
Viszeralchirurgie		

**\* 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).**

## ▶▶ Hauttumoren

### Teil A Personelle Anforderungen

#### 3. 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.)