

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

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

☐	die Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen oder
☐	ausschließlich auf die Behandlung von Erwachsenen oder
☐	ausschließlich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen

1. Teamleitung*

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK		LANR/ FG-Nr.:		

2. Mitglieder des Kernteams*

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 1)

Name, Vorname				
Straße, Hausnr. Tätigkeitsort/Praxissitz				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 2)

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift)				
Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 3)

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 4)

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

Name, Vorname				
Tätigkeitsort/Praxissitz Straße, Hausnr.				
PLZ, Ort, Ortsteil				
Telefon, E-Mail				
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		Nachweise beigefügt:	☐ Ja	☐ Nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name oder Institution**:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Augenheilkunde		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
Haut- und Geschlechtskrankheiten***		
Humangenetik		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Innere Medizin und Pneumologie		
Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche****		
Laboratoriumsmedizin		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		
Phoniatrie und Pädaudiologie*****		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Teil A

Personelle Anforderungen

3 hinzuzuziehende Fachärzte (Fortsetzung 1)*

Psychiatrie und Psychotherapie **oder**
 Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie **oder** ärztlicher **oder**
 psychologischer Psychotherapeut **oder**
 Fachpsychotherapeut für Erwachsene

Radiologie

* Für alle namentlich benannten Fachärzte 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 sind die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a sowie des Anhangs zu § 4a der ASV-RL bzw. die Voraussetzungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu erfüllen (vgl. Anlagen zum Formular).

** Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine namentliche Nennung entbehrlich (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL).

*** bei Ehlers-Danlos-Syndrom

**** fakultativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

***** fakultativ