

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

▶▶ Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

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.:		

▶▶ **Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

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.:	

▶▶ Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

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.:	

▶▶ **Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 3)

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.:	

▶▶ Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name oder Institution**:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
Anästhesiologie		
Augenheilkunde		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Innere Medizin und Nephrologie		
Innere Medizin und Pneumologie		
Innere Medizin und Rheumatologie		
Laboratoriumsmedizin		
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie		
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

▶▶ Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name oder Institution**:	Praxissitz/Tätigkeitsort
ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
Radiologie		
Strahlentherapie		
Transfusionsmedizin***		
Urologie		

* 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 gemäß 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).

*** zusätzlich möglich