

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Kurzdarmsyndrom

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Abs. 2 SGB V

1. Angaben zum/ zur Anzeigensteller(in):

Krankenhaus

Vertragsarzt

MVZ/Einrichtung
n. § 402 Abs. 2 SGB V

Institution:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort, OT:

Telefon:

E-Mail:

2. Sofern „Vertragsarzt“ unter Ziffer 1. als Anzeigender Die Anzeige wird eingereicht für:

o.g. Vertragsarzt* den angestellten Arzt*, Name:

3. beigelegte Unterlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

Teil C nicht besetzt

Teil D nicht besetzt

Teil E Einverständniserklärung(en)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

Teil G Einverständniserklärung(en) zur Informationsübermittlung an die ASV-Servicestelle

Anlagen: Anforderungen entsprechend den QS-Vereinbarungen bzw. gem. § 4a ASV-RL

4. Unterzeichnung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Der Nachweis der Vertretungsberechtigung des Unterzeichners ist beigelegt:

Ja

Nein

* sofern die Bezeichnung „Vertragsarzt, Arzt oder Facharzt“ verwendet wird, sind geschlechtsneutral sowohl Vertragsärztinnen, Ärztinnen oder Fachärztinnen als auch Vertragsärzte, Ärzte oder Fachärzte gemeint