

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Kurzdarmsyndrom

Teil A Personelle Anforderungen

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

Kurzdarmsyndrom

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

Kurzdarmsyndrom

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

Kurzdarmsyndrom

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

Kurzdarmsyndrom

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

Kurzdarmsyndrom

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name oder Institution**:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Gefäßchirurgie und/oder Innere Medizin und Angiologie		
Innere Medizin und Nephrologie		
Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugendnephrologie***		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche ***		
Laboratoriumsmedizin		
Pathologie		
ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene		
Radiologie		
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).

*** können zusätzlich benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden