

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Kurzdarmsyndrom

Teil G Einverständniserklärung zur Übermittlung von Informationen zur ASV-Teilnahmeberechtigung an die ASV-Servicestelle

Als Teamleitung

Name, Vorname	
Straße, Hausnr. Tätigkeitsort/Praxissitz	
PLZ, Ort, Ortsteil	
Telefon, E-Mail	

geben wir stellvertretend für das gesamte interdisziplinäre Team folgende Erklärung ab:

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der erweiterte Landesausschuss für das Land Brandenburg die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben darf [§ 5 Absätze 5 und 6 der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)]. Die Abgabe dieser Einverständniserklärung befreit/ entbindet die Teamleitung nicht von den nach § 3 Anlage 1 zur ASV-AV (ASV-Verzeichnis und ASV-Servicestelle) zu meldenden Angaben zur ASV-Berechtigung.

Ort, Datum:

Unterschrift/
Stempel: