

▶▶ **Multiple Sklerose**

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.: | |

▶▶ **Multiple Sklerose**

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.: | |

▶▶ Multiple Sklerose

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.: | |

▶▶ **Multiple Sklerose**

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.: | |

► ► Multiple Sklerose

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

| Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung | Name/ ggf. Institution: | Praxissitz/Tätigkeitsort |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Augenheilkunde | | |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | |
| Innere Medizin und Kardiologie | | |
| Laboratoriumsmedizin | | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** oder Kinder- und Jugendlichenpsycho- .therapeut** oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie** | | |
| Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut | | |
| Radiologie | | |
| Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie*** | | |
| Urologie | | |

* Für jedes Mitglied des Kernteams und jeden hinzuzuziehenden Facharzt 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 ist die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nachzuweisen (vgl. Anlagen zum Formular).

** sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich möglich

*** zusätzlich möglich