

## ▶▶ Urologische Tumoren

### Teil A      Personelle Anforderungen

#### 1. Teamleitung\*

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

#### 2. Mitglieder des Kernteams \*

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

## ▶▶ Urologische Tumoren

### 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.:	

## ▶▶ Urologische Tumoren

### Teil A Personelle Anforderungen

#### 2. Mitglieder des Kernteams\* (Fortsetzung 2)

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):</b>			
<b>Facharztbezeichnung</b>		<b>Nachweise beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>BSNR/ IK:</b>		<b>LANR/ FG-Nr.:</b>	

## ▶▶ Urologische Tumoren

### Teil A    Personelle Anforderungen

#### 2. hinzuzuziehende Fachärzte\*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name/ ggf. Institution:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Anästhesiologie		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Gefäßchirurgie		
Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom		
Innere Medizin und Gastroenterologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Innere Medizin und Nephrologie		
Laboratoriumsmedizin		
Neurologie		
Nuklearmedizin		
Pathologie		
Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> ärztlicher <b>oder</b> psycho- logischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Viszeralchirurgie		

\* 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).

## ▶▶ Urologische Tumoren

### Teil A Personelle Anforderungen

#### 3. Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin wird vorgehalten von:

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Zusatzweiterbildung</b>	Palliativmedizin	<b>Nachweis beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Name/ Vorname</b>			
<b>Zusatzweiterbildung</b>	Palliativmedizin	<b>Nachweis beigefügt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Hinweis: Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.)