

Der Erweiterte Landesausschuss in Mecklenburg-Vorpommern

Anzeige zur Teilnahme an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V

Anlage „Personelle Anforderungen“

Anlage zum Antrag vom

für folgende Erkrankung /spezialisierte Leistung:

Bitte beachten Sie die Hinweise an die personellen Anforderungen, insbesondere an die Zusammensetzung der Teamleitung und des Kernteams gemäß der indikationsspezifischen Anlagen der ASV-Richtlinie.

Angaben zum interdisziplinären Team*:

Teamleitung

Name /LANR: _____

Tätigkeitsort** : _____

Facharztbezeichnung: _____

ggf. Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung: _____

Mitglieder des Kernteams*

Name / LANR

Tätigkeitsort

Facharztbezeichnung

Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten

(Namentliche Benennung oder institutionelle Bezeichnung)

Namentliche Benennung:

Name / LANR	Tätigkeitsort	Facharztbezeichnung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Institutionelle Bezeichnung:

Name und Anschrift der Einrichtung, in der die hinzuzuziehenden Fachärzte tätig sind:

*Bitte für jedes Mitglied des Kernteams die Approbationsurkunde sowie die Facharztanerkennung als beglaubigte Abschrift hinzufügen; 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 KV geführte Arztregisterakte nimmt.

**Hinweis: Gemäß § 3 Abs. 2 ASV-Richtlinie müssen die Mitglieder des Kernteams die spezialfachärztlichen Leistungen am Ort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte muss in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

Datum

Stempel und Unterschrift des / der
ASV-Berechtigten
(bei einem gemeinsamen Antrag ist die
Unterzeichnung durch alle beteiligten
Leistungserbringer erforderlich)

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KVMV geführte Arztregisterakte durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Zweck der Überprüfung der Erfüllung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV bin ich einverstanden:

Name

Stempel und Unterschrift
