

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige:** Morbus Wilson**2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):** Krankenhaus Vertragsarzt* Medizinisches Versorgungszentrum/Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: _____ BSNR: _____ Institutskennzeichen: _____

Sofern der Anzeigsteller ein Krankenhaus ist:

Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.

Ja

Nein

*Im Interesse der Lesbarkeit wurde in den Anzeigeformularen auf geschlechtsbezogene Doppelnennungen verzichtet und die männliche Form verwendet.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

- Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
- Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
- Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
- Teil E Einverständniserklärung

4. Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem: _____

Tag/Monat/Jahr

5. Unterzeichnung:

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

- Ja Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

6. Weitere Anzeigsteller

a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser

Genaue Bezeichnung:		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja

Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 402 Abs. 2 SGB V

Vorname, Name (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 402 Abs. 2 SGB V):	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
LANR:	
BSNR:	
BSNR (Nebenbetriebsstätten):	

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigelegt:

Ja

Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

7. Bevollmächtigung eines Anzeigenden (ASV-Berechtigten) zum Bevollmächtigten gemäß § 13 SGB X sowie zur Entgegennahme von Bescheiden des eLA gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB X:

Zeigen mehrere Anzeigsteller (ASV-Berechtigte) gemäß § 2 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL ihre gemeinsame Teilnahme an, sollen sie dem eLA gegenüber einen von ihnen als Bevollmächtigten bestellen, der gemäß § 13 SGB X ermächtigt ist, im Rahmen der Prüfung ihrer Berechtigung durch den eLA Verfahrenshandlungen vorzunehmen sowie gegenüber dem der eLA gemäß § 37 SGB X seine Bescheide bekanntgeben kann.

Bevollmächtigter: _____

Unterschrift aller weiteren Anzeigsteller:

Name/ Einrichtung:

Unterschrift:

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil A

Personelle Anforderungen - Morbus Wilson

a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:				
Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

** Falls kein Facharzt mit dem genannten Schwerpunkt bzw. Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskenzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten:				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennezeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:				
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch, z. B. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung:

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- Morbus Wilson

1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungengeeignete
Nachweise beigelegtSoziale Dienste oder vergleichbare Dienste mit
Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Transplantationszentren - Leber (bitte benennen):

2. Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet ja nein

Bemerkungen:

3. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ja nein

Bemerkungen:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Morbus Wilson**Kernteam****FA Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der Vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntG

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Morbus Wilson**Kernteam****FA für Neurologie**

Name: _____

	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der Vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntG

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der Vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Kernteam**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der Vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der Vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Augenheilkunde

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FA für Innere Medizin und Nephrologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FA für Laboratoriumsmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntG

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

***nur Ärztlicher Psychotherapeut

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

***nur Ärztlicher Psychotherapeut

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Radiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 b des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Computertomographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - Morbus Wilson

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung Morbus Wilson sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Diagnostik und Behandlung (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) werden dokumentiert.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-Berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Anzeigepflichten:

- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, Hinzuzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Der Wegfall der Erfüllung einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt werden.

Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von **Medikationsplänen** nach § 31a SGB V in Papierform zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
--------------------------	---

Anzeigsteller:Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Teamleitung:Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
--------------------------	---

Kernteam:Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
--------------------------	---

Hinzuzuziehende Ärzte:

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

MorbW/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil E Einverständniserklärung

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV _____ geführte Arztregisterakte und die Akten zu den Genehmigungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach der ASV-Richtlinie notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Name, Vorname:

LANR:

Datum: _____ Unterschrift/Stempel

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

dass ich in die elektronische Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Sollte ich kein Mitglied eines ASV-Teams mehr sein, werden alle meine Daten sofort gelöscht.

Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder Anzeige alle Urkunden und weiteren Nachweise erneut vorzulegen.

Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Thüringen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 900455
99107 Erfurt

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
e-Mail: datenschutz@kvt.de

Datum, Unterschrift _____

Kernteam

Facharzt für Neurologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

bereits genehmigt		Prüfung	Hinweise
KV	Indikation	GS	

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04353	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04353	
Koloskopie	04514	
Koloskopie	04515	
Koloskopie	04518	
Koloskopie	04520	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04353	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33000	
Ultraschalldiagnostik	33001	
Ultraschalldiagnostik	33002	

bereits genehmigt		Prüfung	Hinweise
KV	Indikation	GS	

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33073	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

Hinzuzuziehender Facharzt

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-
Nephrologie**

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33073	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32167	
	bis	
	32556	
Laboratoriumsuntersuchung	32845	
Laboratoriumsuntersuchung	32846	
Laboratoriumsuntersuchung	32847	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

*gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

**Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut**

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
Psychosomatik	35100*	
Psychosomatik	35110*	
Übende und Suggestive Intervention	35111	
Übende und Suggestive Intervention	35112	
Übende und Suggestive Intervention	35113	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut

Hinzuzuziehender Facharzt

**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
Psychosomatik	35100*	
Psychosomatik	35110*	
Übende und Suggestive Intervention	35111	
Übende und Suggestive Intervention	35113	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
-------------	-----	--------------------

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
B-Modus	33081
zu 33042/33081	33090
zu 33081	33091
zu 33042/33043	33092

Prüfung GS	Hinweise

- zum Verbleib beim Anzeigsteller -

Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind

Alle GOPen müssen von mindestens einem Facharzt nachgewiesen sein. Diese Übersicht kann zur eigenen Gegenkontrolle genutzt werden.

QS-Bestimmung	GOP	erfüllt durch
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Audiometrie	04353	
Koloskopie (KiJu)	04514	
Koloskopie (KiJu)	04515	
Koloskopie (KiJu)	04518	
Koloskopie (KiJu)	04520	
Langzeit-EKG	13250	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
amb. Operieren/Röntgendiagnostik	13430	
amb. Operieren/Röntgendiagnostik	13431	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Speziallabor von	32167	
Speziallabor bis	32556	
Laboratoriumsuntersuchung	32845	
Laboratoriumsuntersuchung	32846	
Laboratoriumsuntersuchung	32847	
Ultraschalldiagnostik	33000	
Ultraschalldiagnostik	33001	
Ultraschalldiagnostik	33002	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34250	

QS-Bestimmung	GOP	erfüllt durch
Röntgendiagnostik	34260	
CT	34310	
CT	34311	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34452	
MR-Angiographie	34485	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	
Telekonsil	34800	
Telekonsil	34810	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	
Übende und Suggestive Interventionen	35111	
Übende und Suggestive Interventionen	35112	
Übende und Suggestive Interventionen	35113	