

# Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung

## Checkliste I\*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_

### Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Abschnitt 8.3/26.3 EBM

Facharzturkunde **Frauenheilkunde** oder **Geburtshilfe** oder Facharzturkunde **Urologie** einer Landesärztekammer

**und**

Nachweis über von einer Landesärztekammer anerkannte Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten innerhalb der letzten 12 Monate

### Laufende Anforderungen/Auflagen bezüglich der fachlichen Befähigung

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- jährliche Teilnahme an von einer Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten

### Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

# **Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung**

## **Checkliste II\*:**

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### **gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL**

zugelassene Weiterbildungsstätte

**oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung