

Funktionsstörung der Hand

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

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

(entspr. Leistungslegende zur GOP 18330 des EBM)

1. Alt.:

Facharzturkunde **Orthopädie** oder Facharzturkunde **Orthopädie und Unfallchirurgie** mit der **Zusatzbezeichnung Handchirurgie** einer Landesärztekammer

2. Alt.:

Facharzturkunde **Orthopädie** oder Facharzturkunde **Orthopädie und Unfallchirurgie** einer Landesärztekammer

und

Vorlage von **25 Behandlungsfällen** aus dem letzten Vierteljahr zu Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

oder

Nachweise über die operative Tätigkeit am Krankenhaus bei Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand (z.B. Behandlungspläne, OP-Kataloge)

*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).

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

Funktionsstörung der Hand

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)