

In-Vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

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

entspr. Präambel zum Abschnitt 19.1 EBM

1. Alt.:

Facharzturkunde **Pathologie** oder Facharzturkunde **Neuropathologie** einer Landesärztekammer nach 2003

2. Alt.:

Facharzturkunde **Pathologie** oder **Facharzturkunde Neuropathologie** einer Landesärztekammer vor 2003

und

fakultative Weiterbildung **Molekularpathologie**

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 _____

*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).

In-Vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

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)