

Strahlentherapie

Checkliste I:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 3 a) ASV-RL

Anhang zu § 4a Nummer 2 d) ASV-RL

Facharzturkunde **Strahlentherapie** einer Landesärztekammer

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 _____

Strahlentherapie

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