**Beiblatt zum Anzeigenvordruck**

**zur Abfrage der Anforderungen und Voraussetzungen für die**

**ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V**

**zur Benennung von weiteren Ärzten**

|  |
| --- |
|  |

(Angabe der Erkrankung)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASV-Team**  **(Genaue Bezeichnung)** | | | |
|  | | | |
| **Teamleiter:**  **(Vorname, Name)** |  | | |
| **Tätigkeitsort der Teamleitung:**  **(Anschrift)** |  | | |
| **Telefon:** |  | **Telefax:** |  |
| **Email:** |  | | |

**1.) Allgemeine personelle Anforderungen**

**Bitte durch Ankreuzen bestätigen:**

|  |
| --- |
| * Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Erkrankung und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil. * Kernteammitglieder verpflichten sich dazu die spezialfachärztlichen Leistungen an mindestens einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten. |

**2.) Checkliste zur Überprüfung der Vollständigkeit der Antragsunterlagen (In schriftlicher Form nachzuweisen)**

|  |
| --- |
| * **Angabe der Tätigkeitsorte** für **jedes Mitglied des interdisziplinären Teams** inkl. Anschrift sowie der Entfernungsort und Fahrzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung * Urkunden und/oder institutionelle Nachweise * Zulassungsbescheid (Vertragsärztin/Vertragsarzt; MVZ) * ggf. Kooperationsvereinbarungen * ggf. Checklisten aus dem Anzeigenvordruck und Nachweise   zu den Qualitätssicherungsvereinbarungen   * ggf. Genehmigungsbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung * Einverständniserklärung zurEinsichtnahme in das Arztregister * Bestätigung der gemachten Angaben durch den verantwortlichen Leiter der Einrichtung |

Qualitätssicherungsvereinbarungen:

| **Funktion des Arztes** | **Fachgebietsbezeichnung**  **/Schwerpunkt/**  **Zusatzweiterbildung** | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,**  **Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt**  **Name, Vorname, Geb. Datum des Arztes**  **oder  Name der Institution und Anschrift** | | **BSNR od. IK** | **Ggf. LANR 1)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernteammitglied  Hinzuzuziehende/r  Fachärztin oder Facharzt |  | VA  KH  MVZ  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung  Name und Geb. Datum:  Anschrift: | |  |  |
| Sofern für einzelne Leistungen im Appendix Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) gelten und der jeweilige Arzt/die jeweilige Ärztin abrechnen möchte, sind diese nachfolgend zu nennen\*. **Für jede begehrte QSV ist die Checkliste „Anforderungen an die fachliche Befähigung und apparativen Voraussetzungen“ aus dem Anzeigenvordruck, ausgefüllt den Unterlagen beizufügen.** | | | | | |
| QSV:  QSV: | | | QSV:  QSV: | | |
| \*Die jeweiligen Leistungen für die Qualitätssicherungsvereinbarungen, sowie deren Nachweismöglichkeiten, sind den **jeweiligen Matrizen und Checklisten im Anzeigenvordruck** zu entnehmen und für diejenigen Ärzte des interdisziplinären Teams nachzuweisen, die die jeweiligen Leistungen durchführen. (Die abrechenbaren Leistungen für das jeweilige Krankheitsbild sind im Appendix (EBM-GOP-Katalog) in den ASV-Richtlinien abgebildet) | | | | | |
| Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Einhaltung aller im Anzeigenvordruck genannten Pflichten und Anforderungen.  Zugleich bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift des nachbenannten Arztes | | | | | |

1) Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.

Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen:

| **Funktion des**  **Arztes/Institution** | **Fachgebietsbezeichnung**  **/Schwerpunkt/**  **Zusatzweiterbildung** | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,**  **Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt**  **Name, Vorname, Geb. Datum des Arztes**  **oder  Name der Institution und Anschrift** | | **BSNR od. IK** | **Ggf. LANR 1)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernteammitglied  Hinzuzuziehende/r  Fachärztin oder Facharzt  Hinzuzuziehende  Institution |  | VA  KH  MVZ  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung  Name und Geb. Datum:  Anschrift: | |  |  |
| Sofern für einzelne Leistungen im Appendix leistungsspezifische Qualitätsanforderungen (LQ) gelten und ein Arzt bzw. eine Institution abrechnen möchte, sind diese nachfolgend zu nennen\*. **Für jede begehrte LQ ist die Checkliste „Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie, ausgefüllt den Unterlagen beizufügen.** | | | | | |
| LQ:  LQ: | | | LQ:  LQ: | | |
| \*Die jeweiligen Leistungen für die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, sowie deren Nachweismöglichkeiten, sind den **jeweiligen Matrizen und Checklisten im Anzeigenvordruck** zu entnehmen und für diejenigen Ärzte des interdisziplinären Teams nachzuweisen, die die jeweiligen Leistungen durchführen. (Die abrechenbaren Leistungen für das jeweilige Krankheitsbild sind im Appendix (EBM-GOP-Katalog) in den ASV-Richtlinien abgebildet) | | | | | |
| Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Einhaltung aller im Anzeigenvordruck genannten Pflichten und Anforderungen.  Zugleich bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift des nachbenannten Arztes | | | | | |

1) Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.

Die **Nachbenennung** ist durch alle natürlichen und juristischen Personen zu unterzeichnen, die gegenüber den Krankenkassen als selbständige Rechnungssteller auftreten. Bei juristischen Personen (z. B. Krankenhaus, MVZ) ist die Unterschrift durch die zeichnungsbefugte Person (z. B. Geschäftsführer) vorzunehmen. Bei Vertragsärzten angestellten Ärztinnen und Ärzten muss auch der Vertragsarzt die Anzeige unterschreiben, der diese beschäftigt.

Des Weiteren ist noch die Unterschrift des Teamleiters erforderlich.

| **Ort, Datum** | **Funktion, Name der Institution** | **Name, Vorname** | **Unterschrift** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Anzeigenvordruck einschließlich der entsprechenden Nachweise in elektronischer Form an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Bayern zu übermitteln.

[**http://www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de/**](http://www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de/)

Bei Rückfragen können Sie sich telefonisch unter 089/62730-2495 an die Geschäftsstelle wenden.