Hier Adresse einfügen:

**Ausscheiden aus dem ASV-Team**

Das Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams, ist dem erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. (§ 2 Abs. 3 Satz 3 ASV-RL)

* Die Anzeige über das Ausscheiden aus dem ASV-Team ist vom Teamleiter vorzunehmen

**ASV-Team:**

**ASV-Teamnummer:**

Ausscheidender Arzt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LANR:  |       | BSNR/IK: |       |  |
| Name: |       | Vorname: |       | Titel: |       |
| Fachgebiet:  |       |
| Datum des Ausscheidens: |        |  |

Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist gemäß § 2 Abs. 3 Satz 4 ASV-RL gegenüber dem erweiterten Landesausschuss innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied zu benennen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist gemäß § 2 Abs. 3 Satz 5 ASV-RL die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen.

|  |
| --- |
| Ist ein weiterer Arzt der gleichen Fachrichtung im Team vorhanden? |
| [ ]  Ja  | [ ]  Nein (Bitte Seite 2 beifügen) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Teamleiter | Stempel und Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. KH/MVZ-Vertretungsberechtigter |
|       |

Die Vertretung erfolgt durch:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LANR: |       | BSNR/IK: |       |  |
| Name: |       | Vorname:  |       | Titel: |       |
| Fachgebiet:  |       |
| Adresse: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Teamleiter | Stempel und Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. KH/MVZ-Vertretungsberechtigter |
|       |

Es wird folgender Arzt nachbenannt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LANR: |       | BSNR/IK: |       |  |
| Name: |       | Vorname:  |       | Titel: |       |
| Fachgebiet:  |       |
| Adresse: |       |

Sofern ein Arzt nachbenannt wird, ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss noch die entsprechende Nachweisführung vorzunehmen. Dazu gehören die Übermittlung des Anzeigenvordruckes, sowie die entsprechenden Belege in elektronischer Form.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Teamleiter | Stempel und Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. KH/MVZ-Vertretungsberechtigter |
|       |

Adressen der Trägerorganisationen und des Erweiterten Landesausschusses in Bayern:

**AOK Bayern**

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Bereich Ärztliche Versorgung

Fachbereich Abrechnung und Prüfung

Herr Harald Beyer

Frauentorgraben 49

90443 Nürnberg

Fax 0911/218-9400808

E-Mail harald.beyer@by.aok.de

**BKG**

Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG)

Radlsteg 1

80331 München

Fax 089/290830-99

E-Mail mail@bkg-online.de

**BKK-LV**

Herr Pierre Nagel

BKK Landesverband Bayern

Züricher Straße 25

81476 München

E-Mail nagel@bkk-lv-bayern.de

**ELA**

Erweiterter Landesausschuss in Bayern

Geschäftsstelle

c/o AOK Bayern

Carl-Wery-Straße 28

81739 München

Fax 089/62730-650609

E-Mail geschaeftsstelle@erweiterter-landesausschuss-bayern.de

**IKK-Classic**

IKK Classic

Bernd Schmidmeier

Postfach 710524

81455 München

Fax 0800 4558888-153

E-Mail bernd.schmidmeier@ikk-classic.de

**KBS**

Knappschaft-Bahn-See

Putzbrunner Str. 73

81739 München

Fax 089/38175-160

E-Mail joerg.stender@kbs.de

**KVB**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Qualitätssicherung

Elsenheimerstraße 39

80687 München

Fax 089/57093-64993

E-Mail ela@kvb.de

**SVLFG**

Sozialversicherung für Landwirtschaft,

Forsten und Gartenbau

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Postfach 10 13 20

34013 Kassel

Fax 0561/785-219040

E-Mail 30224\_Vertrag\_PF\_@svlfg.de

**vdek**

Verband der Ersatzkassen (vdek)

Landesverband Bayern

Arnulfstraße 201a

80634 München

E-Mail lv-bayern@vdek.com