**Änderungsanzeige**

**zu namentlichen oder Institutionellen Nachbenennungen**

**zum Statuswechsel oder Benennung einer neuen Teamleitung**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASV-Team** |  |

1. **Angaben bei namentlicher Benennung**

(Eine namentliche Benennung liegt vor, wenn ein Facharzt für eine bestimmte Facharztkompetenz mit seinem Namen benannt wird)

**Teamleiterwechsel  Nachbenennung  Statuswechsel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel, Name, Geburtsdatum** |  |
| **Facharztbezeichnung**  **ggf. Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung**  (Unterschiedliche Facharztbezeichnungen sind getrennt einzureichen) |  |
| **Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes** |  |
| **Status** | Vertragsarzt  Vertragsarzt/MVZ  angestellter Arzt bei Vertragsarzt  angestellter Arzt bei MVZ  Krankenhausarzt  ermächtigter Arzt im Krankenhaus |
| **Funktion** | Kernteam  Hinzuzuziehend |
| **Angabe der BSNR oder IK**  **und ggf. LANR**  (Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend) |  |

1. **Angaben bei institutioneller Benennung**

(Eine institutionelle Benennung liegt vor, wenn eine Institution für eine bestimmte Facharztkompetenz benannt wird (Krankenhaus, MVZ, ermächtigte Einrichtung))

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Einrichtung**  **und Fachgebiet**  **oder**  **fachärztlich geleitete**  **fachspezifische**  **Organisationseinheit**  **BSNR** |  |
| **Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes** |  |
| **Nur erforderlich bei**  **QSV-Leistungen:**  **Angabe des**  **verantwortlichen Arztes**  **BSNR / LANR** | / |
| **Art der Einrichtung** | Krankenhaus  MVZ  ermächtigte Einrichtung |

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. |

1. **Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) und**

**Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen (LQ)**

|  |
| --- |
| Folgende QSV-Leistungen werden angezeigt:  (Bei der QSV Ultraschall sind zusätzlich die begehrten Anwendungsbereiche zu benennen) |

|  |
| --- |
| Folgende LQ-Leistungen werden angezeigt: |

* **Für jede begehrte QSV ist die Checkliste „Anforderungen an die fachliche**

**Befähigung und apparativen Voraussetzungen“, bzw. für jede LQ ist die Checkliste „Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL“ aus dem Anzeigenvordruck, ausgefüllt den Unterlagen beizufügen.**

1. **Unterschriften:**

Die Änderungsanzeige 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 der Vertragsarzt die Anzeige unterschreiben, der diese beschäftigt. Des Weiteren ist noch die Unterschrift des Teamleiters erforderlich.

| **Ort, Datum** | **Funktion, Name der Institution**  **(z.B. Teamleitung, Geschäfts-**  **führung etc…)** | **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.