|  |  |
| --- | --- |
| **Formular für den erweiterten Landesausschuss in Schleswig-Holstein**  Erweiterter Landesausschuss Schleswig-Holstein  Bismarckallee 1-6 | 23795 Bad Segeberg | Postfach | 23782 Bad Segeberg |  |

|  |
| --- |
| **Anzeige**  **Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V**  **Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren, gemäß der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 1.1 Buchstabe a)** |
|  |
| Hinweis:  Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzeigen. |
|  |
| **1. Angaben zu den Anzeigenden**  Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt. |
| Krankenhaus  Vertragsarzt  Ermächtigte/r  Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anzeigendes Krankenhaus (pro Krankenhaus ein Vordruck)** | | | |
| Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Anschrift: | | | |
|  | | | |
| Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V: |  | | |
| Ansprechpartner: |  | | |
| Telefon: |  | | |
| Fax: |  | | |
| E-Mail: |  | | |
|  | | | Nachweise sind in Kopie beigefügt, sofern das KH nicht im Krankenhausplan S-H aufgeführt ist |
| Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen. | Ja | Nein | 1) |
| Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen. | Ja | Nein | 2) |
| freiwillige Angabe:  Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Kopf- oder Halstumoren. | Ja | Nein |  |

1) Auszug aus dem Krankenhausplan.

2) zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses  
 - Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder krankenhausindividuell verhandelter Entgelte (E3)   
 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anzeigende** **Vertragsärzte (pro Vertragsarzt ein Vordruck)** | | |
| Name, Vorname, Titel: | | |
|  | | |
| Praxisanschrift: | | |
|  | | |
| Telefon: |  | |
| Fax: |  | |
| E-Mail: |  | |
| LANR: |  | |
| Möchten Sie persönlich in diesem ASV-Team Leistungen erbringen? | Ja | Nein |
|  |  | |
| ggf. angestellter Arzt als ASV-Leistungserbringer |  | |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Anschrift Tätigkeitsort: | | |
|  | | |
| Telefon: |  | |
| Fax: |  | |
| E-Mail: |  | |
| LANR: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzeigendes** **Medizinisches Versorgungszentrum (pro MVZ ein Vordruck)** | |
| Name und Betriebsstättenanschrift des MVZ: | |
|  | |
| Vertretungsberechtigter: | |
|  | |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |
| BSNR: |  |
|  |  |
| Namen der ASV-Leistungserbringer  (Name, Vorname, Titel) | Angabe der LANR der jeweiligen Ärzte |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Personelle Anforderungen** | | | | | |
|  | | | | | |
| Hinweis:  Für die Mitglieder der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 1); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen. | | | | | |
|  | | | | | |
| **2.1. Angaben zur Teamleitung** | | | | | |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses** | **Status\*** | **Nachweis der Voraussetzungen**  **(siehe oben)** |
| Teamleitung | Hals- Nasen- Ohrenheilkunde  oder  Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie  oder  Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  oder  Strahlentherapie |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |
| **Bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse auch:** | | | | | |
| Teamleitung | Viszeralchirurgie  oder  Nuklearmedizin |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |

**\*Legende:** **KH** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2.a Angaben zum Kernteam** | | | | | |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses** | **Status\*** | **Nachweis der Voraussetzungen**  **(siehe oben)** |
| Teammitglied | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |
| Teammitglied | Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie  oder  Innere Medizin mit Zusatz-  Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie  (Zulassung und Genehmigung der zuständigen KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung bis zum 31.12.2015 erhalten) |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |
| Teammitglied | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2.a Angaben zum Kernteam** | | | | | |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses** | **Status\*** | **Nachweis der Voraussetzungen**  **(siehe oben)** |
| Teammitglied | Strahlentherapie |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2.b Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern die Behandlung von Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse beabsichtigt ist** | | | | | |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses** | **Status\*** | **Nachweis der Voraussetzungen**  **(siehe oben)** |
| Teammitglied | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |
| Teammitglied | Viszeralchirurgie |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |
| Teammitglied | Nuklearmedizin |  |  | KH  VA  AM  AV | beigefügt  Anforderung  bei KVSH  (Anlage 1) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (institutionelle Benennung möglich)** | | | | |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel (des Arztes)**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR Vertragsarzt /**  **IK des Krankenhauses /**  **BSNR des MVZ** | **Status\*** |
| Hinzuzuziehende | Anästhesiologie |  |  | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Augenheilkunde |  |  | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Gefäßchirurgie |  |  | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Haut- und Geschlechtskrankheiten |  |  | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Humangenetik  (nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf- Hals-Bereich) |  |  | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |

**\*Legende:** **KH** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis, **MVZ** - Medizinisches Versorgungszentrum, **KHA** - Abteilung im Krankenhaus

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funktion** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | | **Name, Vorname, Titel (des Arztes)**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses /**  **BSNR des MVZ** | | **Status\*** |
| Hinzuzuziehende | Innere Medizin und Gastroenterologie | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Innere Medizin und Kardiologie | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Innere Medizin und Pneumologie | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Laboratoriumsmedizin | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Neurochirurgie | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| Hinzuzuziehende | Neurologie | |  | |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA |
| **Funktion** | | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Name, Vorname, Titel (des Arztes)**  **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift** | **LANR des Vertragsarztes /**  **IK des Krankenhauses /**  **BSNR des MVZ** | | **Status\*** | |
| Hinzuzuziehende | | Nuklearmedizin |  |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA | |
| Hinzuzuziehende | | Pathologie |  |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA | |
| Hinzuzuziehende | | Psychiatrie und Psychotherapie  oder  Psychosomatische Medizin  und Psychotherapie  oder  Psychologische/r Psychotherapeut/in  oder  Ärztliche/r Psychotherapeut/in |  |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA | |
| Hinzuzuziehende | | Radiologie |  |  | | KH  AM  VA  AV  MVZ  KHA | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.4. Interdisziplinäres Team** | | | |
| Ein Mitglied des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin  verfügen (bitte Namen angeben): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nachweis  ist beigefügt  Anforderung bei KVSH (Anlage 1) | |
| Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet:  Ja  Nein | | | |
|  | ggf. Erläuterung: | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |
| --- |
| **2.5. Intersektorale Kooperation** |
| Ein Vertrag über eine intersektorale ASV-Kooperation gemäß den in § 10 Abs. 3 ASV-RL genannten Voraussetzungen wurde abgeschlossen und ist beigefügt:  Ja  Nein, weil  im relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist.  oder  trotz ersthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mind. zwei Monaten kein zur Kooperation bereiter  Leistungserbringer gefunden werden konnte (bitte schriftliche Erläuterung beifügen). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 ASV-Richtlinie** | **Bitte ankreuzen** | |
| Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor. | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Sächliche und organisatorische Anforderungen** | | |
|  |  | |
| **a.** | Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen | |
|  | Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen): |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Physiotherapie (Praxis bitte benennen): |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Logopädie (Praxis bitte benennen): |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege, möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege (Dienste bitte benennen): |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (Einrichtungen bitte benennen): |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **b.** | 24-Stunden-Notfallversorgung  Die 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft muss durch eine bzw. einen der Ärztinnen bzw. Ärzte der folgenden Fachgruppen gewährleistet sein (die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik):  - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie:  Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:  - Viszeralchirurgie |
|  |  |
| **c.** | Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte sollen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen.  Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **d.** | Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages ist jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **e.** | Der Patientin und dem Patienten ist das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **f.** | Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **g.** | Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen steht auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **h.** | Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **i.** | Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **j.** | Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **k.** | Eine Mikrobiologie steht zur Verfügung.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **l.** | Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten werden bereitgehalten.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **m.** | Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **n.** | Stationäre Notfalloperationen sind möglich.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **o.** | Den Patientinnen und Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, material der Krebs- Selbsthilfeorganisation) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **p.** | Es erfolgt eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes.  Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Die Anforderungen der Punkte 4. a. - p. werden erfüllt:** | **Ja** | **Nein** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen** | | | | | | | |
| (Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Die Mitglieder des Kernteams bieten die Leistungen an folgenden Tagen (mindestens an einem Tag in der Woche) am oben angegebenen Ort an: | | | | | | | |
| **Fachgebiet** | **Montag** | **Dienstag** | **Mittwoch** | **Donnerstag** | **Freitag** | **Samstag** | **Sonntag** |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |  |  |  |  |  |  |  |
| Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin mit  Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie |  |  |  |  |  |  |  |
| Strahlentherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie \* |  |  |  |  |  |  |  |
| Viszeralchirurgie \* |  |  |  |  |  |  |  |
| Nuklearmedizin \* |  |  |  |  |  |  |  |
| \* bei Behandlungen von Tumoren der Schilddrüse- oder Nebenschilddrüsenkarzinom | | | | | | | |
| Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial, wobei der Ort der Leistungserbringung dennoch für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen muss.  (Angabe der Namen der Kernteammitglieder sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 2) | | | | | | | |
| Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.  (Angabe des Namens des Arztes oder der Institution und Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 3) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Mindestmengen**  Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in der Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach  § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Für die Berechnung der artbezogenen Mindestmengen (120/70/30 oder 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen. | | | | |
| Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der unter Punkt 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ des Beschlusses des G-BA (Anlage 1.1 - Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren) genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.  In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.  In den zurückliegenden vier Quartalen wurden durch das Kernteam behandelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patienten.  Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen. | | | | |
| Darüber hinaus erfüllt das Kernteam zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien: | | | | |
| Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin  und Hämatologie und Onkologie weist die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (\*1) pro Quartal und Ärztin/Arzt nach,  darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden (\*2), davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (\*3).  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anzahl zu (\*1) \_\_\_\_\_\_ (\*2) \_\_\_\_\_\_ (\*3) \_\_\_\_\_\_ | | oder | Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen  Arztgruppe des Kernteams weist die Betreuung von durchschnittlich  80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien (\*4) pro Quartal und Ärztin/Arzt nach, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die  mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (\*5), davon  20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder  intraläsionaler Behandlung (\*6).  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anzahl zu (\*4) \_\_\_\_\_\_ (\*5) \_\_\_\_\_\_ (\*6) \_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Qualitätssicherung** | | |
|  | | |
| **7.1 Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen** | |
| Am 01.03.2024 sind erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen des GBA in Kraft getreten, für die folgende Anlagen ausgefüllt einzureichen sind: | |
| * Langzeit-EKG (Anlage Langzeit-EKG) * Strahlendiagnostik und -therapie: (Anlage Strahlendiagnostik und -therapie)  1. Allgemeine Röntgendiagnostik 2. Computertomographie 3. Strahlentherapie 4. Nuklearmedizin  * Koloskopie (Anlage Koloskopie)   Die Teilnahmevoraussetzung gilt im Hinblick auf die jeweilige Leistung für das ASV-Team als erfüllt, wenn sie für mindestens eine Ärztin oder einen Arzt des ASV-Teams angezeigt wird. Bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 kann die Erfüllung der Anforderungen institutionell angezeigt werden.  Leistungen mit spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärztinnen und Ärzten auszuführen, die über die jeweilige Qualifikation verfügen (§ 4a Absatz 1 Satz 5). | Anlagen  sind beigefügt |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.2 Qualitätssicherungsvereinbarung** | **Bitte ankreuzen** | |
| Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten insbesondere folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:   * Hörgeräteversorgung * zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten * Spezial-Labor * Invasive Kardiologie * Interventionelle Radiologie * Kernspintomographie-Vereinbarung Bestrahlungsplanung MRT * MR Angiographie * PET, PET/CT * Ultraschallvereinbarung * Ambulantes operieren   Mit der Unterschrift im Anzeigeverfahren bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden. | Ja | Nein |

|  |
| --- |
| **8. Ansprechpartner und Bevollmächtigung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ansprechpartner für den Schriftverkehr** | **Bitte ankreuzen** | |
| Hiermit bevollmächtige ich widerruflich für den Schriftwechsel einen Ansprechpartner: | Ja | Nein |
| Herr / Frau  Postanschrift | E-Mail  Telefonnummer | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams** | **Bitte ankreuzen** | |
| Hiermit bevollmächtige ich widerruflich die unten genannte Person, die künftigen mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des ASV-Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben: | Ja | Nein |
| Herr / Frau  Postanschrift | E-Mail  Telefonnummer | |

**Mir ist bekannt, dass**

* die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
  + für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,
  + bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen,
  + bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
  + bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
  + bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
* bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
* hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der Gemeinsame Bundesausschuss diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ersetzt. Erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind am 01.03.2024 in Kraft getreten. Jedes Teammitglied, das qualitätsgesicherte Leistungen erbringt, muss die Qualitätsanforderungen gemäß § 4a Absatz 1 Satz 5 ASV-RL erfüllen.
* das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:  
  Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
* die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.
* der erweiterte Landesausschuss ist gemäß § 116b Abs. 2 Satz 9 SGB V berechtigt, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass**

* der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.
* der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu Kopf- oder Halstumoren bekannt sind.
* sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Kopf- oder Halstumoren in der jeweils gültigen Fassung sowie § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL richtet.
* die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
* eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
* Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung nicht erbringen werden.
* die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
* alle Teammitglieder (einschl. der hinzuzuziehenden Ärztinnen/Ärzte) die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
* durch die ASV-Berechtigten sicherzustellen ist, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
* ich die Datenschutzhinweise der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unter [https://www.kvsh.de/datenschutz](https://www.kvsh.de/datenschutz%20) zur Kenntnis genommen habe.
* ich die unter Punkt 8 aufgeführte Vollmacht erteile.
* nur den Teamleiter betreffend: ich die hinzuzuziehenden Fachärzte oder Institutionen bezüglich der Datenschutzhinweise der Kassenärztlichen Vereinigung informieren werde.

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Unterschrift des Anzeigenden** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift) |  | Unterschrift |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Unterschriften der Teammitglieder** | | | | | | |  |
|  | Status**\*** |  | Name des Arztes (bitte in Blockschrift) |  | Datum und Unterschrift des Arztes |  | bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  | KH VA  AM AV |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Legende:** **KH** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Anstellung im MVZ, **AV** - Anstellung bei einem Vertragsarzt

|  |
| --- |
| **Anlage 1** |
|  |
| **Einverständniserklärung**  **zur Anzeige der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V** |
|  |
| Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift): |
|  |
| Anschrift: |
|  |
| LANR: |
|  |
|  |
| Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |  |  |  |
|  |  | (ggf. Stempel) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Anlage 2** |
|  |
| **Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams**  **(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)** |
|  |
| An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial werden von den Mitgliedern des Kernteams an nachfolgend genannten Orten erbracht. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname, Titel**  **(Mitglied des Kernteams)** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **abweichender Ort der Leistungserbringung** | **Art der Leistung** | **Entfernung in min** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Anlage 3** |
|  |
| **Tätigkeitsorte der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte**  **(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)** |
|  |
| Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname, Titel (des Arztes)**  **oder Name (der Institution)** | **Fachgebiet mit Schwerpunkt /**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Ort der Leistungserbringung** | **Art der Leistung** | **Entfernung in min** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorsorglich freiwillige Angaben zu Vertretern** | **Anlage 4** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL ist eine Vertretung, die länger als eine Woche andauert, dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Bitte beachten Sie, dass diese Meldung durch die Übermittlung von Anlage 4 nicht ersetzt wird.*  *Allerdings eröffnet Anlage 4 die Möglichkeit, vorab nachzuweisen, dass die Vertreter den nach § 3 Absatz 4 Satz 2 ASV-RL notwendigen Facharztstatus besitzen. Durch die frühzeitige Benennung wäre ferner ersichtlich, dass die Vertreter organisatorisch in das Team eingebunden sind. Teammitglieder sind sie allerdings nicht.* | | | | |
|  | | | | |
| *Hinweis:*  *Für die Vertreter der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit*, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 5); die Einwilligung zur *Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.* | | | | |
|  | | | | |
| ***V.1. Angaben zur Vertretung der Teamleitung*** | | | | |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses*** | ***Nachweis der Voraussetzungen***  ***(siehe oben)*** |
| *Vertretung der Teamleitung* | *Hals- Nasen- Ohrenheilkunde*  *oder*  *Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie*  *oder*  *Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie*  *oder*  *Strahlentherapie* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| ***Bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse auch:*** | | | | |
| *Vertretung der Teamleitung* | *Viszeralchirurgie*  *oder*  *Nuklearmedizin* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 1)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***V.2.a Angaben zum Kernteam - Vertreter*** | | | | |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses*** | ***Nachweis der Voraussetzungen***  ***(siehe oben)*** |
| *Vertretung*  *Teammitglied* | *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| *Vertretung*  *Teammitglied* | *Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie*  *oder*  *Innere Medizin mit Zusatz-*  *Weiterbildung Medikamentöse*  *Tumortherapie*  *(Zulassung und Genehmigung der zuständigen KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung bis zum 31.12.2015 erhalten)* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| *Vertretung*  *Teammitglied* | *Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| *Vertretung Teammitglied* | *Strahlentherapie* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***V.2.b Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern die Behandlung bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse beabsichtigt ist - Vertreter*** | | | | |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses*** | ***Nachweis der Voraussetzungen***  ***(siehe oben)*** |
| *Vertretung Teammitglied* | *Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| *Vertretung Teammitglied* | *Viszeralchirurgie* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |
| *Vertretung Teammitglied* | *Nuklearmedizin* |  |  | *beigefügt*  *Anforderung*  *bei KVSH*  *(Anlage 5)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)*** | | | |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel (des Arztes)***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses /***  ***BSNR des MVZ*** |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Anästhesiologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Augenheilkunde* |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)*** | | | |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel (des Arztes)***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses /***  ***BSNR des MVZ*** |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Gefäßchirurgie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Haut- und Geschlechtskrankheiten* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Humangenetik*  *(nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf- Hals-Bereich)* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Innere Medizin und Gastroenterologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Innere Medizin und Kardiologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Innere Medizin und Pneumologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Laboratoriumsmedizin* |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Funktion:*** | ***Fachgebiet mit Schwerpunkt /***  ***Zusatz-Weiterbildung*** | ***Name, Vorname, Titel (des Arztes)***  ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift*** | ***LANR des Vertragsarztes /***  ***IK des Krankenhauses /***  ***BSNR des MVZ*** |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Neurochirurgie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Neurologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Nuklearmedizin* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Pathologie* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Psychiatrie und Psychotherapie*  *oder*  *Psychosomatische Medizin*  *und Psychotherapie*  *oder*  *Psychologische/r Psychotherapeut/in*  *oder*  *Ärztliche/r Psychotherapeut/in* |  |  |
| *Vertretung Hinzuzuziehende/r* | *Radiologie* |  |  |

|  |
| --- |
| *Ein Mitglied des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung*  *Palliativmedizin verfügen (bitte Namen des Vertreters angeben): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Unterschrift des Anzeigenden*** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *Ort, Datum* |  | *Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ* ***oder*** *Vertragsarzt (bitte in Blockschrift)* |  | *Unterschrift* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Unterschriften der Teammitglieder*** | | | | | | |  |
|  | *Status****\**** |  | *Name des Arztes (bitte in Blockschrift)* |  | *Datum und Unterschrift des Arztes* |  | *bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber* |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *KH VA*  *AM AV* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***\*Legende:******KH*** *- Krankenhausarzt,* ***VA*** *- Vertragsarzt,* ***AM*** *- Anstellung im MVZ,* ***AV*** *- Anstellung bei einem Vertragsarzt*

|  |
| --- |
| **Anlage 5** |
|  |
| ***Einverständniserklärung - Vertreter der Teammitglieder***  ***zur Anzeige der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V*** |
|  |
| *Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):* |
|  |
| *Anschrift:* |
|  |
| *LANR:* |
|  |
|  |
| *Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Ort, Datum* |  | *Unterschrift* |  |  |  |  |
|  |  | *(ggf. Stempel)* |  |  |  |  |