**Anlage Koloskopie** - institutionelle Benennung von Hinzuzuziehenden

Anlage zu einer Anzeige bzw. Änderungsanzeige zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV gemäß § 4a Absatz 4 a-c ASV-RL.

**Betrifft folgende Leistungen: GOP 04514, 04518, 04520, 13421, 13422, 13423, 13424 EBM**

|  |  |
| --- | --- |
| ASV-Diagnosebereich | Wählen Sie ein Element aus. |
| Name der Teamleitung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Teamnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name und BSNR / IK leistungserbringende Institution\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachweis der Voraussetzung |
| leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind erfüllt, weil benannte Institution ist: | zugelassene Weiterbildungsstätte für Innere Medizin und Gastroenterologie  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Koloskopien durchgeführt werden  Zentrum oder Schwerpunkt nach den Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c Abs. 5 SGB V (Zentrumsregelung) und Koloskopien werden dort durchgeführt | wird mit Unterschrift bestätigt |

\*keine Mehrfachnennung, ggf. diese Seite bitte wiederholt ausdrucken und verwenden!

**ggf. Erläuterung:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind  
und die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist. Ein Nachweis hierfür kann vorgelegt werden.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ  
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ  
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift anzeigender Vertragsarzt **oder** Vertreter anzeigendes Krankenhaus oder MVZ  
 **oder** bei Änderungsanzeige ggf. Unterschrift bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift vertretungsberechtigter der benannten Institution