**Anlage Strahlendiagnostik und -therapie** - 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 der Kapitel 24, 25 und 34 die Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin beinhalten (siehe anlagenspezifischen Appendix zum ASV-Diagnosebereich)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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. |

Bitte nur zutreffendes zum Erkrankungsbild ausfüllen.

|  |
| --- |
| **allgemeine Röntgendiagnostik** |
| 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 Radiologie[ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der allgemeine Röntgendiagnostik durchgeführt wird[ ]  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 allgemeine Röntgendiagnostik wird dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Computertomographie** |
| 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 Radiologie[ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Computertomographie durchgeführt wird[ ]  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 Computertomographie wird dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Knochendichtemessung** |
| 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 Radiologie[ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Knochendichtemessung durchgeführt wird[ ]  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 Knochendichtemessung wird dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |
| **Strahlentherapie** |
| 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 Strahlentherapie [ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Strahlentherapie durchgeführt wird[ ]  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 Strahlentherapie wird dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

|  |
| --- |
| **Nuklearmedizin** |
| 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 Nuklearmedizin[ ]  fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, in der Nuklearmedizin durchgeführt wird[ ]  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 Nuklearmedizin wird dort durchgeführt | [ ]  wird mit Unterschrift bestätigt |

\*keine Mehrfachnennung, ggf. Formular 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 vertretungsberechtigter der benannten Institution

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

Ort, Datum Unterschrift vertretungsberechtigter der benannten Institution

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

Ort, Datum Unterschrift vertretungsberechtigter der benannten Institution