

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/\_\_\_\_\_

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige: ausgewählte seltene Lebererkrankungen****2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):**

- Krankenhaus     Vertragsarzt\*     Medizinisches Versorgungszentrum/  
Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ Institutskennzeichen: \_\_\_\_\_

**3. beifügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):**

- Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
- Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
- Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
- Teil E Einverständniserklärung
- Teil F Nachweis von Mindestmengen

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

4. Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem: \_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

5. Unterzeichnung: Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift:

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja       Nein

6. Bevollmächtigung eines Anzeigenden (ASV-Berechtigten) zum Bevollmächtigten gemäß § 13 SGB X sowie zur Entgegennahme von Bescheiden des eLA gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB X:

**Zeigen mehrere Anzeigensteller (ASV-Berechtigte) gemäß § 2 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL ihre gemeinsame Teilnahme an, sollen sie dem eLA gegenüber einen von ihnen als Bevollmächtigten bestellen, der gemäß § 13 SGB X ermächtigt ist, im Rahmen der Prüfung ihrer Berechtigung durch den eLA Verfahrenshandlungen vorzunehmen sowie gegenüber dem der eLA gemäß § 37 SGB X seine Bescheide bekanntgeben kann.**

Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Unterschrift aller weiteren Anzeigensteller:

| Name/ Einrichtung: | Unterschrift: |
|--------------------|---------------|
| _____              | _____         |
| _____              | _____         |
| _____              | _____         |
| _____              | _____         |
| _____              | _____         |
| _____              | _____         |

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene  
Lebererkr/\_ \_ \_ \_ \_**Teil A****1. Personelle Anforderungen** ausgewählte seltene Lebererkrankungen

| <b>1.a) Angaben zur Teamleitung</b>                               |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <b>Funktion:</b>  | <b>Titel, Vorname, Name<br/>Praxisanschrift/<br/>Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR<br/>BSNR<br/>Institutskennzeichen</b> | <b>Fachgebiets-<br/>bezeichnung<br/>mit Schwerpunkt /<br/>Zusatz-<br/>weiterbildung</b> | <b>geeignete<br/>Nachweise<br/>beigefügt</b> |
| a) Teamleitung  |   | LANR  | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   |  |
|   |   | IK  |   |  |
| Vertretung*<br>der<br>Teamleitung                                 |   | LANR  | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   |  |
|   |   | IK  |   |  |
| <b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden alternativ:</b> |   |   |   |  |
| c) Teamleitung  |   | LANR  | Kinder- und<br>Jugendmedizin mit<br>Zusatzweiterbildung<br>Kinder-<br>Gastroenterologie | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   |  |
|   |   | IK  |   |  |
| Vertretung*<br>der<br>Teamleitung                                 |   | LANR  | Kinder- und<br>Jugendmedizin mit<br>Zusatzweiterbildung<br>Kinder-<br>Gastroenterologie | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   |  |
|   |   | IK  |   |  |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

| 1.b) Angaben zum Kernteam   |  |                                      |   |                                     |
|---|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Funktion:   | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br>BSNR<br>Institutskennzeichen | Fachgebiets-<br>bezeichnung<br>mit Schwerpunkt/<br>Zusatz-<br>weiterbildung               | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Teammitglied  |  | LANR                                 | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                 |   |                                     |
|   |  | IK                                   |   |                                     |
| Vertretung*<br>Teammitglied                                       |  | LANR                                 | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                 |   |                                     |
|   |  | IK                                   |   |                                     |
| <b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:</b> |  |                                      |   |                                     |
| Teammitglied  |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendmedizin mit<br>Zusatzweiterbildung<br>Kinder-<br>Gastroenterologie** | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                 |   |                                     |
|   |  | IK                                   |   |                                     |
| Vertretung*<br>Teammitglied                                       |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendmedizin mit<br>Zusatzweiterbildung<br>Kinder-<br>Gastroenterologie** | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                 |   |                                     |
|   |  | IK                                   |   |                                     |

\*optional

\*\* Falls kein Facharzt mit der genannten Schwerpunktbezeichnung bzw. Zusatzweiterbildung verfügbar, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

| 1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten |   |  |   |                                     |
|---|---|--|---|-------------------------------------|
| Funktion:                                       | Titel, Vorname, Name<br>(bei einer institutionellen<br>Benennung Name der<br>Institution)<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br><br>BSNR<br><br>Institutskennzeichen | Fachgebiets-<br>bezeichnung mit<br>Schwerpunkt/<br>Zusatz-<br>weiterbildung | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Innere Medizin und<br>Rheumatologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Innere Medizin und<br>Rheumatologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Laboratoriums-<br>medizin   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Laboratoriums-<br>medizin   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Pathologie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Pathologie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |   |                                     |
|   |   | IK   |   |                                     |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

| 1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten |   |  |  |                                     |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Funktion:                                       | Titel, Vorname, Name<br>(bei einer institutionellen<br>Benennung Name der<br>Institution)<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br><br>BSNR<br><br>Institutskennzeichen | Fachgebiets-<br>bezeichnung mit<br>Schwerpunkt/<br>Zusatz-<br>weiterbildung  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Psychiatrie und<br>Psychotherapie oder<br>Psychosomatische<br>Medizin und<br>Psychotherapie oder<br>ärztlicher<br>Psychotherapeut oder<br>psychologischer<br>Psychotherapeut | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Psychiatrie und<br>Psychotherapie oder<br>Psychosomatische<br>Medizin und<br>Psychotherapie oder<br>ärztlicher<br>Psychotherapeut oder<br>psychologischer<br>Psychotherapeut | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Radiologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Radiologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                                |   | LANR   | Viszeralchirurgie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender                 |   | LANR   | Viszeralchirurgie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR   |  |                                     |
|   |   | IK   |  |                                     |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

| 1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten:                                       |  |                                      |  |                                     |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Funktion:  | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br>BSNR<br>Institutskennzeichen | Fachgebiets-<br>bezeichnung<br>mit Schwerpunkt /<br>Zusatz-<br>weiterbildung | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| <b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:</b> |  |                                      |  |                                     |
| Hinzuzuziehender   |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendpsychiatrie<br>und -psychotherapie                      | <input type="checkbox"/>            |
|  |  | BSNR                                 |  |                                     |
|  |  | IK                                   |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender  |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendpsychiatrie<br>und -psychotherapie                      | <input type="checkbox"/>            |
|  |  | BSNR                                 |  |                                     |
|  |  | IK                                   |  |                                     |
| Hinzuzuziehender   |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendlichenpsycho-<br>therapeut                              | <input type="checkbox"/>            |
|  |  | BSNR                                 |  |                                     |
|  |  | IK                                   |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender  |  | LANR                                 | Kinder- und<br>Jugendlichenpsycho-<br>therapeut                              | <input type="checkbox"/>            |
|  |  | BSNR                                 |  |                                     |
|  |  | IK                                   |  |                                     |

**Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch, z. B. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung:**

---



---



---

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Genaue Bezeichnung:</b>  |                             |                               |
| Anschrift:  |                             |                               |
| Ansprechpartner:  |                             |                               |
| Telefon:  |                             |                               |
| Fax:  |                             |                               |
| E-Mail:   |                             |                               |
| Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen. | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 3. Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V

|   |  |
|---|--|
| Vorname, Name (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V): |  |
| Anschrift:  |  |
| Telefon:  |  |
| Fax:  |  |
| E-Mail:   |  |
| LANR:   |  |
| BSNR:   |  |
| BSNR (Nebenbetriebsstätten):  |  |
|   |  |
|   |  |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/\_\_\_\_\_

## Teil B

### sächliche und organisatorische Anforderungen – ausgewählte seltene Lebererkrankungen

#### 1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

geeignete  
Nachweise beigefügtSoziale Dienste oder vergleichbare Dienste mit sozialen Beratungsangeboten  
(Dienste bitte benennen):

---

---

Transplantationszentren - Leber (bitte benennen):

---

---

#### 2. Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet

 ja       nein

Bemerkungen:

---

---

#### 3. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar

 ja       nein

Bemerkungen:

---

---

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigensteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/\_\_\_\_\_

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen

**Kernteam****FA Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name:

\_\_\_\_\_

| geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
|--------------------------------------|---------------------------------------|

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Kernteam

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie

Name:

\_\_\_\_\_

|  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Kernteam

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name:

---

|  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Laboratoriumsmedizin

Name:

\_\_\_\_\_

**geeignete  
Nachweise  
beigefügt\***      **Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor**

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin



#### Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Name:

\_\_\_\_\_

**geeignete  
Nachweise  
beigefügt\***      **Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor**

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)\*\*
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)





#### FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Name:

\_\_\_\_\_

**geeignete  
Nachweise  
beigefügt\***      **Genehmigung  
durch KVT  
liegt vor**

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)





\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

\*\* nur ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

| Name:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| _____  |                                      |                                       |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

#### FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

| Name:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| _____  |                                      |                                       |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

#### FA für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

| Name:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| _____  |                                      |                                       |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Radiologie

Name:

---

|   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Computertomographie) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Knochendichtemessung   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Viszeralchirurgie

Name:

---

|   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | Genehmigung<br>durch KVT<br>liegt vor |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V<br>zum ambulanten Operieren                                | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V<br>zur Ultraschalldiagnostik                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V<br>zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>              |

\*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene  
Lebererkr/ \_ \_ \_ \_ \_

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV – ausgewählte seltene Lebererkrankungen**

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung ausgewählte seltene Lebererkrankungen sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Diagnostik und Behandlung (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) werden dokumentiert.
- Mir ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Anzeigepflichten:

- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Der Wegfall der Erfüllung einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

## Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von **Medikationsplänen** nach § 31a SGB V in Papierform zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.</b>   |

**Anzeigensteller:**Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Teamleitung:**Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.</b>   |

## Kernteam:

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.</b>   |

## Hinzuziehende Ärzte:

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/ \_ \_ \_ \_ \_

## **Teil E Einverständniserklärung**

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV \_\_\_\_\_ geführte Arztregisterakte und die Akten zu den Genehmigungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach der ASV-Richtlinie Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Vorname, Name:

---

LANR:

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/ \_ \_ \_ \_ \_

## Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name:

dass ich in die elektronische Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Sollte ich kein Mitglied eines ASV-Teams mehr sein, werden alle meine Daten sofort gelöscht.

### Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder Anzeige alle Urkunden und weiteren Nachweise erneut vorzulegen.

### Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Thüringen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 900455  
99107 Erfurt

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
e-Mail: [datenschutz@kvt.de](mailto:datenschutz@kvt.de)

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Seltene

Lebererkr/\_ \_ \_ \_ \_

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen** ausgewählte seltene Lebererkrankungen

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1b) Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

Die Mitglieder des Kernteams einschließlich der Teamleitung müssen insgesamt mindestens 50 Patienten der in Nummer 1 der Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe o der ASV-RL unter Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt haben.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige maßgeblich, die zu den in der Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe o der ASV-RL bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, in der integrierten nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden. Dabei wird die Behandlung eines Patienten durch mehrere Mitglieder nicht mehrfach gezählt.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### **2. Nachweis über die Erfüllung der Mindestmengen der Mitglieder des Kernteams:**

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat im Vorjahr dieser Anzeige insgesamt mindestens 50 Patienten der in der Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe o Nummer 1 der ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (anhand des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

| Fall-Nr. | Diagnose | Behandlungszeitraum | Behandelnder Arzt |
|----------|----------|---------------------|-------------------|
| 1        |          |                     |                   |
| 2        |          |                     |                   |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Die Mindestmengen (insgesamt mindestens 50) sind erfüllt:

Ja

Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % (mindestens 50%)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Teamleitung): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_