ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V

1. Gegenstand der Anzeige: angeborene Skelettsystemfehlbildungen

2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt*

☐ Medizinisches Versorgungszentrum/Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:
_____
Ansprechpartner:
_____
Straße:
_____
PLZ, Ort:
_____
Telefon: Fax:
_____
E-Mail:
_____

LANR:_____ BSNR:_____ Institutskennzeichen:_____

weiterer Standort (sofern zutreffend):
Straße:
_____
PLZ, Ort:
_____

Sofern der Anzeigesteller ein Krankenhaus ist:

Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja ☐	Nein ☐
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich angeborene Skelettsystemfehlbildungen	Ja ☐	Nein ☐

* Im Interesse der Lesbarkeit wurde in den Anzeigeformularen auf geschlechtsbezogene Doppelnennungen verzichtet und die männliche Form verwendet.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

3. beigefügte 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

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

5. Unterzeichnung:

Name: _____ Stempel/ Unterschrift:

Datum:_____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja ☐ Nein ☐

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

6. Weitere Anzeigesteller:

a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser

Genaue Bezeichnung:		
Anschrift:		
Anschrift weiterer Standorte (sofern zutreffend):		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja ☐	Nein ☐
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich angeborene Skelett-systemfehlbildungen	Ja ☐	Nein ☐

Name:_____ Stempel/ Unterschrift:

Datum:_____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja ☐ Nein ☐

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 402 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname bzw. Name der Einrichtung (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 402 Abs. 2 SGB V):	
Anschrift:	
Anschrift weiterer Standorte (sofern zutreffend):	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
LANR:	
BSNR:	
weitere BSNR (Nebenbetriebsstätten):	

Name:_____ Stempel/ Unterschrift:

Datum:_____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja ☐ Nein ☐

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Zeigen mehrere Anzeigesteller (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 Anzeigesteller:

Name/Einrichtung:	Unterschrift:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil A

1. Personelle Anforderungen – angeborene Skelettsystemfehlbildungen

1.a) Angaben zur Teamleitung			
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Teamleitung		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
oder			
Teamleitung		Innere Medizin und Nephrologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Innere Medizin und Nephrologie	☐
oder			
Teamleitung		Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Innere Medizin und Rheumatologie	☐
oder			
Teamleitung		Orthopädie und Unfallchirurgie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Orthopädie und Unfallchirurgie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.a) Angaben zur Teamleitung			
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:			
Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	☐
oder			
Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐
oder			
Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐
oder			
Teamleitung		Kinder- und Jugendchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Kinder- und Jugendchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
oder			
Teamleitung		Orthopädie und Unfall-chirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
Vertretung* der Teamleitung		Orthopädie und Unfall-chirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.b) Angaben zum Kernteam			
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Für das Gebiet Innere Medizin ist mindestens ein Facharzt mit einer der folgenden Facharztbezeichnungen zu benennen:			
Teammitglied		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Vertretung* Teammitglied		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Teammitglied		Innere Medizin und Nephrologie	☐
Vertretung* Teammitglied		Innere Medizin und Nephrologie	☐
Teammitglied		Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Vertretung* Teammitglied		Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Teammitglied		Orthopädie und Unfallchirurgie	☐
Vertretung* Teammitglied		Orthopädie und Unfallchirurgie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.b) Angaben zum Kernteam			
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zu benennen:			
Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie**	☐
oder			
Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Nephrologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Nephrologie**	☐
oder			
Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie**	☐
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:			
Teammitglied		Kinder- und Jugendchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
Vertretung* Teammitglied		Kinder- und Jugendchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
und/oder			
Teammitglied		Orthopädie und Unfall-chirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐
Vertretung* Teammitglied		Orthopädie und Unfall-chirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐

*optional
** Sofern kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Schwerpunkte/Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Anästhesiologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Anästhesiologie	☐
Hinzuzu-ziehender				Augenheilkunde	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Augenheilkunde	☐
Hinzuzu-ziehender				Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Hinzuzu-ziehender				Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Humangenetik	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Humangenetik	☐
Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Gastroenterologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Gastroenterologie	☐
Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Kardiologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Kardiologie	☐
Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Pneumologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Innere Medizin und Pneumologie	☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Laboratoriums-medizin	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Laboratoriums-medizin	☐
Hinzuzu-ziehender				Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	☐
Hinzuzu-ziehender				Neurologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Neurologie	☐
Hinzuzu-ziehender				Nuklearmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Nuklearmedizin	☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Pathologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Pathologie	☐
Hinzuzu-ziehender				Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer Psychotherapeut **oder** Ärztlicher Psychotherapeut **oder** Fachpsycho-therapeut für Erwachsene	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer Psychotherapeut **oder** Ärztlicher Psychotherapeut **oder** Fachpsycho-therapeut für Erwachsene	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Radiologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Radiologie	☐
Bei Ehlers-Danlos-Syndrom auch:					
Hinzuzu-ziehender				Haut- und Geschlechts-krankheiten	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Haut- und Geschlechts-krankheiten	☐
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:					
Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Gastro-enterologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Gastro-enterologie	☐
oder					

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie	☐
oder					
Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	☐
oder					
Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Pneumologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Pneumologie	☐
oder					

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion:	**namentliche Benennung: Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**institutionelle Benennung:**		**Fachgebiets-bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nach-weise beigefügt**
		Name der Institution, Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**verantwortlicher Facharzt Titel, Vorname, Name**		
Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie **oder** Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut **oder** Fachpsycho-therapeut für Kinder und Jugendliche	☐ ☐ ☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie **oder** Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut **oder** Fachpsycho-therapeut für Kinder und Jugendliche	☐ ☐ ☐
Zusätzlich kann benannt werden:					
Hinzuzu-ziehender				Phoniatrie und Pädaudiologie	☐
Vertretung* Hinzuzu-ziehender				Phoniatrie und Pädaudiologie	☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. Regelmäßige Zusammenarbeit

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team wird wie folgt gewährleistet (bitte ausführen):

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

geeignete Nachweise beigefügt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Ergotherapie (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Kieferorthopädie (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Logopädie (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Orthopädietechnik-Mechanik (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

Physiotherapie (bitte benennen): ☐
_____
_____
_____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. 24-Stunden-Notfallversorgung

☐ Die 24-Stunden Notfallversorgung wird mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Fachärzte, Facharzt für

- ☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- ☐ Innere Medizin und Nephrologie
- ☐ Innere Medizin und Rheumatologie
- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie

gewährleistet. Sie umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Diese muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

3. Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet

Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen:

_____

_____

_____

4. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. Für das Kernteam gelten hierbei in der Regel 30 Minuten als angemessen.

Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen:

_____

_____

_____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Innere Medizin und Nephrologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Innere Medizin und Rheumatologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Nephrologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung) ***	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Anästhesiologie Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐

FA für Augenheilkunde Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	☐	☐

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung	☐	☐

FA für Humangenetik Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen	☐	☐

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)***	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Innere Medizin und Kardiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven Rhythmusimplantaten	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie	☐	☐

FA für Innere Medizin und Pneumologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Laboratoriumsmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	☐	☐

FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Neurologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Nuklearmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 2 e des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Nuklearmedizin)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Phoniatrie und Pädaudiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Radiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	☐	☐
– Punkt 4 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Kernspintomographie)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven Rhythmusimplantaten	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Pneumologie Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)
*** Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
SSF/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

- angeborene Skelettsystemfehlbildungen

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung angeborene Skelettsystemfehlbildungen 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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. Für das Kernteam gelten hierbei in der Regel 30 Minuten als angemessen.
- 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 leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie 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.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.
- Es 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 auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs und 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, hinzuzuziehende 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 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 krankenhausrechtlichen 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

☐	**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.**

☐	**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.**

Anzeigesteller:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Teamleitung:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

☐	**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.**

☐	**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.**

Kernteam:

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

☐	**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.**

☐	**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.**

Hinzuzuziehende Ärzte:

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
SSF/_____

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 notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Name, Vorname:
_____

LANR:
_____

Datum: _____ Unterschrift/Stempel _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

_____

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

Datum, Unterschrift _____

Indikation: SSF

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden: *füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073/33076	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden: *füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Langzeit-EKG (KiJu)	04241					
Langzeit-EKG (KiJu)	04322					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Langzeit-EKG (KiJu)	04241					
Langzeit-EKG (KiJu)	04322					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042/33043	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Nephrologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Langzeit-EKG (KiJu)	04241					
Langzeit-EKG (KiJu)	04322					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Rheumatologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Langzeit-EKG (KiJu)	04241					
Langzeit-EKG (KiJu)	04322					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34223					
Röntgendiagnostik	34230					
Röntgendiagnostik	34231					
Röntgendiagnostik	34232					
Röntgendiagnostik	34233					
Röntgendiagnostik	34234					
Röntgendiagnostik	34235					
Röntgendiagnostik	34236					
Röntgendiagnostik	34237					
Röntgendiagnostik	34238					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34280					
Röntgendiagnostik	34281					
Röntgendiagnostik	34282					
Röntgendiagnostik	34503					
CT	34504					
CT	34505					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Kernteam

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Indikation: SSF

Kernteam

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34223					
Röntgendiagnostik	34230					
Röntgendiagnostik	34231					
Röntgendiagnostik	34232					
Röntgendiagnostik	34233					
Röntgendiagnostik	34234					
Röntgendiagnostik	34235					
Röntgendiagnostik	34236					
Röntgendiagnostik	34237					
Röntgendiagnostik	34238					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34280					
Röntgendiagnostik	34281					
Röntgendiagnostik	34282					
Röntgendiagnostik	34503					
CT	34504					

Indikation: SSF

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
CT	34505					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34223					
Röntgendiagnostik	34230					
Röntgendiagnostik	34231					
Röntgendiagnostik	34232					
Röntgendiagnostik	34233					
Röntgendiagnostik	34234					
Röntgendiagnostik	34235					
Röntgendiagnostik	34236					
Röntgendiagnostik	34237					
Röntgendiagnostik	34238					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34280					
Röntgendiagnostik	34281					
Röntgendiagnostik	34282					

Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Röntgendiagnostik	34503					
CT	34504					
CT	34505					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Anästhesiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren / Photodynamische Therapie	06332					

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	08311	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33074	

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

bereits genehmigt		**Prüfung GS**	**Hinweise**
KV	Indikation		

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für HNO-Heilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Hörgeräteversorgung	09372					
Hörgeräteversorgung	09373					
Hörgeräteversorgung	09374					
Hörgeräteversorgung	09375					
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33080					

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
ambulantes Operieren	13410					
ambulantes Operieren	13411					
ambulantes Operieren	13412					
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
amb. Operieren/ Röntgendiagnostik	13430					
amb. Operieren/ Röntgendiagnostik	13431					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
zu 33040/33042	33090		
zu 33012/33040	33091		
zu 33042	33092		

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Koloskopie (KiJu)	04514					
Koloskopie (KiJu)	04515					
Koloskopie (KiJu)	04518					
Koloskopie (KiJu)	04520					
Ambulantes Operieren	30600					
Ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
zu 33040/33042	33090		
zu 33012/33040	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Zusatzpauschale Kardiologie*	13545					
Rhythmusimplantatkontrolle	13571					
Rhythmusimplantatkontrolle	13573					
Rhythmusimplantatkontrolle	13574					
Rhythmusimplantatkontrolle	13575					
Rhythmusimplantatkontrolle	13576					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34290					
invasive Kardiologie	34291					
invasive Kardiologie	34292					
invasive Kardiologie	34298					

* setzt Erfüllung der Voraussetzungen für Langzeit-EKG und 33022 voraus

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 13571/13573/13574/13575/13576	13577		
Zu 33020/33021/33022/33023/33030/ 33031/33042	33046		
zu 33070/33072/33073/33076	33075		
zu 33040	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Kardiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Rhythmusimplantatkontrolle	04411					
Rhythmusimplantatkontrolle	04413					
Rhythmusimplantatkontrolle	04414					
Rhythmusimplantatkontrolle	04415					
Rhythmusimplantatkontrolle	04416					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34290					
invasive Kardiologie	34291					
invasive Kardiologie	34292					
invasive Kardiologie	34298					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 04411/04413/04414/04415/ 04416	04417		
zu 33020/33021/33022/33023/ 33030/ 33031	33046		
zu 33073	33075		
zu 33040	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073/33076	33075		
zu 33040/33042	33090		
zu 33012/33040	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugend-Pneumologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073/33076	33075		
zu 33040/33042	33090		
zu 33012/33040	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Humangenetik

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Molekulargenetik	11355					
Molekulargenetik	11356					

Kernteam/Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Speziallabor*	32166 bis 32851					

* gemäß Appendix

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33070					

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33070	33075		

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Neurologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33071					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33100					
CT	34503					
CT	34504					
CT	34505					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33070/33071/33072	33075		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin SP Neuropädiatrie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33071					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33100					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33070/33071/33072	33075		

Indikation: SSF

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Nuklearmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Nuklearmedizin	17310					
Nuklearmedizin	17311					
Nuklearmedizin	17320					
Nuklearmedizin	17321					
Nuklearmedizin	17330					
Nuklearmedizin	17331					
Nuklearmedizin	17332					
Nuklearmedizin	17333					
Nuklearmedizin	17340					
Nuklearmedizin	17341					
Nuklearmedizin	17351					
Nuklearmedizin	17360					
Nuklearmedizin	17361					
Nuklearmedizin	17362					
Nuklearmedizin	17363					
Nuklearmedizin	17371					
Nuklearmedizin	17372					
Nuklearmedizin	17373					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Hörgeräteversorgung (Ki)	20338					
Hörgeräteversorgung (Ki)	20339					
Hörgeräteversorgung (Ki)	20340					
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20372					
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20373					
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20374					
Ultraschalldiagnostik	33010					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 20372/20373/20374	20375		
zu 20372/20373/20374	20377		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ambulantes Operieren	02321					
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33071					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					
Ultraschalldiagnostik	33100					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34223					
Röntgendiagnostik	34230					
Röntgendiagnostik	34231					
Röntgendiagnostik	34232					
Röntgendiagnostik	34233					
Röntgendiagnostik	34234					
Röntgendiagnostik	34235					
Röntgendiagnostik	34236					
Röntgendiagnostik	34237					
Röntgendiagnostik	34238					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34243					
Röntgendiagnostik	34244					

Indikation: SSF

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Röntgendiagnostik	34245					
Röntgendiagnostik	34246					
Röntgendiagnostik	34247					
Röntgendiagnostik	34248					
Röntgendiagnostik	34250					
Röntgendiagnostik	34251					
Röntgendiagnostik	34252					
Röntgendiagnostik	34260					
Röntgendiagnostik	34280					
Röntgendiagnostik	34281					
Röntgendiagnostik	34282					
interventionelle Radiologie	34287					
CT	34310					
CT	34311					
CT	34312					
CT	34320					
CT	34321					
CT	34322					
CT	34330					
CT	34340					
CT	34341					
CT	34342					
CT	34343					
CT	34344					
CT	34345					
CT	34350					
CT	34351					
Kernspintomographie	34410					
Kernspintomographie	34411					
Kernspintomographie	34420					
Kernspintomographie	34421					
Kernspintomographie	34422					
Kernspintomographie	34430					
Kernspintomographie	34440					
Kernspintomographie	34441					
Kernspintomographie	34442					
Kernspintomographie	34450					
Kernspintomographie	34451					
Kernspintomographie	34452					
MR-Angiographie	34470					
MR-Angiographie	34475					
MR-Angiographie	34480					

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
MR-Angiographie	34485					
MR-Angiographie	34486					
MR-Angiographie	34489					
MR-Angiographie	34490					
MR-Angiographie	34492					
Röntgendiagnostik	34503					
CT	34504					
CT	34505					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33020/33021/33022/33030/ 33031/ 33042	33046		
zu 33070/33071/33072/33073/ 33074	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042/33043/33044	33092		

- zum Verbleib beim Anzeigesteller -

Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind

Alle GOPen müssen von mindestens einem Facharzt nachgewiesen sein. Diese Übersicht kann zur eigenen Gegenkontrolle genutzt werden

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04411	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04413	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04414	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04415	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04416	
Koloskopie (KiJu)	04514	
Koloskopie (KiJu)	04515	
Koloskopie (KiJu)	04518	
Koloskopie (KiJu)	04520	
ambulantes Operieren / Photodynamische Therapie	06332	
ambulantes Operieren	08311	
Hörgeräteversorgung	09372	
Hörgeräteversorgung	09373	
Hörgeräteversorgung	09374	
Hörgeräteversorgung	09375	
Molekulargenetik	11355	
Molekulargenetik	11356	
Langzeit-EKG	13250	
Langzeit-EKG	13252	
Langzeit-EKG	13253	
ambulantes Operieren	13410	
ambulantes Operieren	13411	
ambulantes Operieren	13412	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
ambulantes Operieren/ Röntgendiagnostik	13430	
ambulantes Operieren/ Röntgendiagnostik	13431	
Zusatzpauschale Kardiologie	13545	
Rhythmusimplantatkontrolle	13571	
Rhythmusimplantatkontrolle	13573	
Rhythmusimplantatkontrolle	13574	
Rhythmusimplantatkontrolle	13575	
Rhythmusimplantatkontrolle	13576	
Nuklearmedizin	17310	
Nuklearmedizin	17311	
Nuklearmedizin	17320	
Nuklearmedizin	17321	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Nuklearmedizin	17330	
Nuklearmedizin	17331	
Nuklearmedizin	17332	
Nuklearmedizin	17333	
Nuklearmedizin	17340	
Nuklearmedizin	17341	
Nuklearmedizin	17351	
Nuklearmedizin	17360	
Nuklearmedizin	17361	
Nuklearmedizin	17362	
Nuklearmedizin	17363	
Nuklearmedizin	17371	
Nuklearmedizin	17372	
Nuklearmedizin	17373	
Hörgeräteversorgung (Ki)	20338	
Hörgeräteversorgung (Ki)	20339	
Hörgeräteversorgung (Ki)	20340	
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20372	
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20373	
Hörgeräteversorgung (Ju/Erw)	20374	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Schmerztherapie	30700	
Schmerztherapie	30702	
Schmerztherapie	30708	
Speziallabor von	32166	
Speziallabor bis	32851	
Ultraschalldiagnostik	33010	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33020	
Ultraschalldiagnostik	33021	
Ultraschalldiagnostik	33022	
Ultraschalldiagnostik	33023	
Ultraschalldiagnostik	33030	
Ultraschalldiagnostik	33031	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33051	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33061	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Ultraschalldiagnostik	33074	
Ultraschalldiagnostik	33076	
Ultraschalldiagnostik	33080	
Ultraschalldiagnostik	33100	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34211	
Röntgendiagnostik	34212	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34223	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34235	
Röntgendiagnostik	34236	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34238	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34246	
Röntgendiagnostik	34247	
Röntgendiagnostik	34248	
Röntgendiagnostik	34250	
Röntgendiagnostik	34251	
Röntgendiagnostik	34252	
Röntgendiagnostik	34260	
Röntgendiagnostik	34280	
Röntgendiagnostik	34281	
Röntgendiagnostik	34282	
interventionelle Radiologie	34287	
Röntgendiagnostik	34290	
invasive Kardiologie	34291	
invasive Kardiologie	34292	
invasive Kardiologie	34298	
CT	34310	
CT	34311	
CT	34312	
CT	34320	
CT	34321	
CT	34322	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
CT	34350	
CT	34351	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
MR-Angiographie	34470	
MR-Angiographie	34475	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
MR-Angiographie	34490	
MR-Angiographie	34492	
Röntgendiagnostik	34503	
CT	34504	
CT	34505	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	