

Anzeige
Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.01.2015 (zuletzt geändert am 17.10.2024)**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen
gemäß Nr. 1 der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Hinweis:

Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam anzeigen.

1.) Anzeigender und Empfangsberechtigter

Name, Vorname (Anzeigeberechtig sind: Vertragsärzte bzw. Geschäftsführer des MVZ, Geschäftsführer eines Krankenhauses):

Ggf. Empfangsberechtigter, wenn abweichend vom Anzeigeberechtigten:

LANR / BSNR / IK

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

2. Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL. Die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.

2. a) Teamleitung (insgesamt nur ein/-e Teamleiter/-in)

Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Teamleiters) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Ver- tragsärzten/ IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigelegt
Teamleitung		BSNR:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		LANR:	oder Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <input type="checkbox"/>	
		IK:	Strahlentherapie <input type="checkbox"/>	

Zusätzliche Angaben soweit Teamleitung von einem Krankenhaus angezeigt wird:

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Träger des Krankenhauses (Bezeichnung, Anschrift):	

2. b) Kernteam (Wenn Fachgebiet bereits Teamleitung, dann keine zusätzliche Anzeige im Kernteam erforderlich)				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigefügt
Kernteam			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Kernteam			Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onko- logie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tu- morthherapie (<i>mit KV- Zulassung und Ge- nehmigung zur Teil- nahme an der Onko- logievereinbarung vor dem 31.12.2015</i>) oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tu- morthherapie (<i>die folgen- de operative Eingriffe nachweisen*</i>)	<input type="checkbox"/>

Kernteam			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder im Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie (mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015) oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie (die folgende operative Eingriffe nachweisen können*)	<input type="checkbox"/>
----------	--	--	---	--------------------------

*
1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z.B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration,
2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,
3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.

Der Nachweis nach 1. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln.
 Der Nachweis nach 2. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln.

Zusätzliche Angaben soweit Mitglieder des Kernteams von einem Krankenhaus angezeigt werden:

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Träger des Krankenhauses (Bezeichnung, Anschrift):	

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses ³	Facharztbezeichnung ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>

¹ Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung (MVZ oder Krankenhaus) ausreichend, d.h. hier müssen die Ärztinnen und Ärzte nicht namentlich benannt werden.

² Für nicht institutionelle Benennungen muss eine Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB-Urkunde beigelegt werden.

³ Bei institutionellen Benennungen nur BSNR des MVZ oder IK des Krankenhauses.

Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>

2. d) Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

Ein/e Fachärztin/Facharzt des interdisziplinären Teams verfügt über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (Nachweis in Kopie beigefügt).

2. e) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team

Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.

2. f) Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie

Alle Teammitglieder verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs.

3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	
3. a) Sächliche Anforderungen: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten/-innen oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>
Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von folgenden Ärzten/Ärztinnen (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt): <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie 	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst ein Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages wird jede Patient/-in mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
Patienten/-innen wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	<input type="checkbox"/>

Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe.	<input type="checkbox"/>
Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten.	<input type="checkbox"/>
Es steht eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten.	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.	<input type="checkbox"/>
Es wird den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des Landes Niedersachsen.	<input type="checkbox"/>
Es liegt eine Befund- und Behandlungsdokumentation vor, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten ermöglicht.	<input type="checkbox"/>
Bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse sind folgende Voraussetzungen erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> • Die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse wird im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert begründet. • Die Patientinnen werden über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie Alternativen aufgeklärt. • Eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgebe der Patientin wird ausgeschlossen. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. b) Organisatorische Anforderungen: Durch regelmäßig zu aktualisierende Nachweise wird sichergestellt, dass folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:	
Die Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren sowie zugelassenen Krankenhäuser verpflichten sich, a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V einzuführen und weiterzuentwickeln.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) <u>Sektorenübergreifende ASV-Kooperation</u> Es besteht mindestens eine intersektorale Kooperation (ambulant/stationär) gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V innerhalb des interdisziplinären Teams (Anlage in Kopie). Es besteht keine solche Kooperation, weil: _____ _____	<input type="checkbox"/>
d) <u>Kooperationsvereinbarungen Kernteam</u> Soweit die Mitglieder des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) nicht sämtlich in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus tätig sind, werden schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>
e) <u>Kooperationsvereinbarungen mit hinzuzuziehenden Fachärzten</u> Soweit die Mitglieder der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht sämtlich in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus mit den Mitgliedern des Kernteams tätig sind, werden für jede hinzugezogene Facharztgruppe schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>
f) <u>Tätigkeitsort</u> Tätigkeitsort der Teamleitung ist: _____	
g) Die Mitglieder des Kernteams bieten mind. an einem Tag der Woche ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung an.	<input type="checkbox"/>
h) <u>Entfernung zur Teamleitung</u> Soweit die Mitglieder des Kernteams und der hinzuzuziehenden Fachgruppen nicht am gleichen Standort tätig sind, muss der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Für Mitglieder des Kernteams liegt die angemessene Entfernung in der Regel bei 30 Minuten. Diese Voraussetzung wird bei allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams erfüllt.	<input type="checkbox"/>

i) Es wird versichert, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung im Rahmen der ASV entsprechend der jeweiligen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten werden. Dem Merkblatt zur Anzeige können die einschlägigen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen entnommen werden.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

4.) Mindestmengen	
a) In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 250 Patienten der unter Punkt 1.1 Mammakarzinom der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Anzahl behandelte Patienten: _____ Davon: Ambulant: _____ Stationär: _____ Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 250 Patienten der unter Punkt 1.1 Mammakarzinom der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppe mit gesicherter Diagnose pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung keine 250 Patienten der unter Punkt 1.1 Mammakarzinom der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 125 Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird. Begründung: _____ _____	<input type="checkbox"/>
d) In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 60 Patienten der unter Punkt 1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Anzahl behandelte Patienten: _____ Davon: Ambulant: _____ Stationär: _____ Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
e) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 60 Patienten der unter Punkt 1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppe mit gesicherter Diagnose pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>

<p>f) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung keine 60 Patienten der unter Punkt 1. 2 Sonstige gynäkologische Tumoren der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 30 Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird.</p> <p>Begründung:</p> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>
<p>g) Die / der zum Kernteam gehörende Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung durchschnittlich pro Quartal 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien behandelt. Darunter waren mindestens 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt wurden (davon 15 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung).</p> <p>Name Kernteammitglied: _____</p> <p>und/oder</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Mindestens ein Mitglied des Kernteams (andere beliebige Arztgruppe) hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung durchschnittlich pro Quartal 80 Patienten mit soliden Neoplasien behandelt. Darunter waren mindestens 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt wurden (davon 10 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung).</p> <p>Name Kernteammitglied: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>h) Die unter 4.g) genannten Mindestmengen konnten durch das jeweilige Mitglied des Kernteams in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung nicht behandelt werden. Es wurden jedoch mindestens jeweils 50% der genannten Mindestmengen behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge lt. 4.g) in maximal zwei Jahren erfüllt wird.</p> <p>Begründung:</p> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>
5.) Dokumentation	
<p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.</p>	<input type="checkbox"/>

6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)

Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie <u>oder</u> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie				
<u>oder</u> Strahlentherapie	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Kernteam*:

<p>Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie</p> <p>oder</p> <p>Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie <i>(mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015)</i></p> <p>oder</p> <p>Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie <i>(die folgende operative Eingriffe nachweisen können (siehe Seite 5))</i></p>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<p>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p> <p>oder</p> <p>Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie <i>(mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015)</i></p> <p>oder</p> <p>Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit ZWB Medikamentöse Tumorthherapie <i>(die folgende operative Eingriffe nachweisen können (siehe Seite 5))</i></p>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Strahlentherapie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

Hinzuzuziehende (1)*:

Anästhesiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Humangenetik				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

Hinzuzuziehende (2)*:

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabe- tologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Gastroenterologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Kardiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

Hinzuzuziehende (3)*:

Innere Medizin und Nephrologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Laboratoriumsmedizin				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Neurologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

Hinzuzuziehende (4)*:

Nuklearmedizin				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Pathologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Psychiatrie und Psycho- therapie oder Psychosoma- tische Medizin und Psycho- therapie oder psychologi- sche oder ärztliche Psycho- therapie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

Hinzuzuziehende (5)*:

Radiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Urologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Viszeralchirurgie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)