

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation  
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.12.2024**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression

Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression

T86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-Host-Krankheit

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 (Anzeigeberechtigt 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 nach allogener Stammzelltransplantation erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL. Die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.

### 2. a) Teamleitung

Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Teamleiters) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärz- ten/ IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Teamleitung*		BSNR:	Innere Medizin Hämatolo- gie und Onkologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

\*Die Teamleitung muss eine mindestens zweijährige Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt, haben.

Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

### 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 ist keine zusätzliche Anzeige im Kernteam erforderlich)				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärz- ten/ IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam			Haut- und Geschlechts- krankheiten	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Gast- roenterologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam*			Innere Medizin und Häma- tologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>
*Das Kernteammitglied muss eine mindestens zweijährige Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt, haben.				

**Zusätzlich können, nur für die Weiterbehandlung gemäß Anlage 2 n) 3.2 Nummer 1 (ASV-RL), auch folgende Fachärztinnen und Fachärzte benannt werden:**

Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Häma- tologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>
----------------------	--	--	---	--------------------------

<sup>1</sup> Alle Mitglieder des Kernteams sind namentlich anzugeben. Soweit die sonstigen Angaben zum MVZ oder Krankenhaus mit den Angaben bei 2. a) (Teamleitung) identisch sind, genügt ein Verweis auf die entsprechenden Angaben.

**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):	

<b>2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten</b>				
<b>Funktion:</b>	<b><sup>1</sup>Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail</b>	<b>LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses<sup>3</sup></b>	<b>Facharztbezeichnung<sup>2</sup></b>	<b>Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden</b>
Hinzuzu- ziehende/r			Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Äs- thetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Bei institutionellen Benennungen nur BSNR des MVZ oder IK des Krankenhauses.

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses <sup>3</sup>	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheil- kunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und En- dokrinologie und Diabe- tologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Ne- phrologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemio- logie	<input type="checkbox"/>

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses <sup>3</sup>	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Psychiatrie und Psy- chotherapie oder Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psycho- therapeutin oder Psy- chologischer oder Ärzt- licher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Krank- hauses <sup>3</sup>	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r (kann zusätz- lich benannt werden)			Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>

2. d) Qualifikation und Weiterbehandlung	
Die Teamleitung ist in einer Transplantationseinrichtung tätig, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.	<input type="checkbox"/>
Die Teamleitung hat eine mindestens zweijährige Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.	<input type="checkbox"/>
Die Mitglieder des Kernteams der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie haben eine mindestens zweijährige Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt. (Kernteammitglieder der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie, die zur Weiterbehandlung eingebunden werden, sind von dieser Vorgabe ausgenommen).	<input type="checkbox"/>
Durch eine geeignete Organisation ist sichergestellt, dass die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbehandlung gemäß Anlage 2 n) 3.2 Nummer 1 (ASV-RL) (insbesondere zu Zeitpunkt der Einbindung und Aufgabenspektrum) mit den Kernteammitgliedern der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie, die zur Weiterbehandlung im Kernteam benannt werden, im Kernteam gemeinsam getroffen wird.	<input type="checkbox"/>

2. e) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team	
Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

<b>2. f) Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie</b>	
Alle Teammitglieder verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs.	<input type="checkbox"/>

<b>3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität</b>	
<b>3. a) Sächliche Anforderungen:</b> Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Eine Zusammenarbeit mit der Fachdisziplin der Transfusionsmedizin besteht unter Abschluss einer vertraglichen Vereinbarung (sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist)  Name der Einrichtung/Praxis: _____	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer der nachfolgenden Fachgruppen (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege.	<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"/>
Infektiöse Patientinnen und Patienten können in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden.	<input type="checkbox"/>

Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie 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 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 Meldung der Krankheitsverläufe der Patientinnen und Patienten an 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 Fachärzte des Kernteams ermöglicht.	<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	<input type="checkbox"/>
b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V einzuführen und weiterzuentwickeln.	<input type="checkbox"/>
c) <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 spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>
d) <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 spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>

e) <u>Tätigkeitsort</u> Tätigkeitsort der Teamleitung ist: _____	
f) Die Mitglieder des Kernteams bieten mind. an einem Tag der Woche ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung an. Kernteammitglieder der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie, die zur Weiterbehandlung im Kernteam benannt werden, sind von dieser Vorgabe ausgenommen.	<input type="checkbox"/>
g) <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. Kernteammitglieder der Inneren Medizin und Hämatologie und Onkologie, die die zur Weiterbehandlung im Kernteam benannt werden, sind von dieser Vorgabe ausgenommen.	<input type="checkbox"/>
h) 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.) Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen und die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.

#### 5.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)

Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.

## Unterschriften / Stempel

### Teamleitung:

<b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

**Kernteam\* (1):**

<b>Haut- und Geschlechts- krankheiten</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Gastro- enterologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Hämato- logie und Onkologie</b>				
	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)

**Kernteam\* (2):**

<b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b> (wenn zusätzlich für die Weiterbehandlung benannt)				
	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)\*:**

<b>Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Re- konstruktive und Ästheti- sche Chirurgie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Anästhesiologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Augenheilkunde</b>				
	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)\*:**

<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Endokri- nologie und Diabetologie</b>				
	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)\*:**

<b>Innere Medizin und Kardiologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Nephrologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Pneumologie</b>				
	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)\*:**

<b>Innere Medizin und Rheumatologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Laboratoriumsmedizin</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</b>				
	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)\*:**

<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Neurologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Nuklearmedizin</b>				
	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 (6)\*:**

<b>Pathologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Radiologie</b>				
	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 (7)\*:**

<b>Strahlentherapie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Urologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Transfusionsmedizin</b> (kann zusätzlich benannt werden)				
	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)