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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.12.2019 (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 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Hinweis:
Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) 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 mit Tumoren der Lunge und des Thorax 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 Vertragsärzten/ IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungsurkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR: LANR: IK:	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ☐ oder Innere Medizin und Pneumologie ☐ oder Thoraxchirurgie ☐	☐

Zusätzliche Angaben soweit Teamleitung von einem Krankenhaus angezeigt wird:

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	☐
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	☐
Angaben zum Träger des Krankenhauses (Bezeichnung, Anschrift):	

2. b) Kernteam (Wenn Fachgebiet bereits Teamleitung, dann ist 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			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder im Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medikamentöse Tumortherapie *(mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015)*	☐
Kernteam			Strahlentherapie	☐
Kernteam			Innere Medizin und Pneumologie	☐

Kernteam			Thoraxchirurgie	☐
Kernteam **(zusätzlich bei Herztumoren)**			Innere Medizin und Kardiologie	☐
Kernteam **(zusätzlich bei Herztumoren)**			Herzchirurgie	☐

<u>Zusätzliche Angaben soweit Mitglieder des Kernteams von einem Krankenhaus angezeigt werden:</u>

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	☐
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	☐
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	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Innere Medizin und Angiologie **oder** Gefäßchirurgie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kern-team vertreten)	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	☐

[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 beigefügt werden.
[3] Bei institutionellen Benennungen nur BSNR des MVZ oder IK des Krankenhauses.

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			Neurochirurgie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Neurologie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Nuklearmedizin	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Orthopädie und Unfall-chirurgie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Pathologie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Psychiatrie und Psy-chotherapie **oder** Psy-chosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** psychologische **oder** ärztliche Psycho-therapie	☐

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			Radiologie	☐
Hinzuzu-ziehende/r			Viszeralchirurgie	☐

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 Versorgungsbe-reichs.	☐

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	☐
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	☐
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten/-innen oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)	☐
Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung	☐
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der Ärzte (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt): • Innere Medizin und Pneumologie • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Thoraxchirurgie, **alternativ bei Herztumoren:** o Innere Medizin und Kardiologie oder o Herzchirurgie	☐
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst ein Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	☐
Mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege:	☐ Ja ☐ 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.	☐

Patienten/-innen wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	☐
Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	☐
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.	☐
Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung.	☐
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe.	☐
Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten.	☐
Es steht eine Mikrobiologie zur Verfügung.	☐
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.	☐
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.	☐
Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.	☐
Es wird den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.	☐
Es erfolgt eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des Landes Niedersachsen.	☐
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.	☐

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.	☐
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: _____ _____	☐
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).	☐
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).	☐
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.	☐
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.	☐

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.		☐
4.) Mindestmengen		
a)	In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 70 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesauschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Anzahl behandelte Patienten: _____ Davon: Ambulant: _____ Stationär: _____ Sonstige: _____	☐
b)	Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 70 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	☐
c)	Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung keine 70 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Erkrankungen behandeln. Es wurden jedoch mindestens 35 Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird. Begründung: _____ _____	☐
d)	Die / der zum Kernteam gehörende **Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-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)**. **Name Kernteammitglied:**_____	☐
	und/oder Mindestens ein Mitglied des Kernteams **(beliebige Arztgruppe)** hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-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)**. **Name Kernteammitglied:**_____	☐

Die unter 4.d) genannten Mindestmengen konnten durch das jeweilige Mitglied des Kernteams in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung nicht behandelt werden. Es wurden jedoch mindestens jeweils 50% der genannten Mindestmengen behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge lt. 4.d) in maximal zwei Jahren erfüllt wird. Begründung: _____ _____	☐

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

6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)	
Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.	☐

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

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

* (nur bei Schilddrüsen oder Nebenschilddrüsenkarzinom)

Kernteam*:

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder **Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medikamentöse Tumortherapie** *(mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015)*				
	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

Innere Medizin und Pneumologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Thoraxchirurgie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Kardiologie (zusätzlich bei Herztumoren)				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Herzchirurgie (zusätzlich bei Herztumoren)				
	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
Innere Medizin und Angiologie oder **Gefäßchirurgie**				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie				
	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 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 (sofern nicht im Kernteam vertreten)				
	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

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

Hinzuzuziehende (3)*:

Neurochirurgie				
	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
Nuklearmedizin				
	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)*:

Orthopädie und Unfallchirurgie				
	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 Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psychotherapie				
	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
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)