

**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 18.03.2021)**

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 (Vertragsarzt bzw. Geschäftsführer des MVZ):	
Ggf. Träger des Krankenhauses:	
Ggf. teilnehmendes Krankenhaus des o.g. Trägers:	
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 / BSNR / oder IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Beglaubigte Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR:	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		LANR:	oder Innere Medizin und Pneumologie <input type="checkbox"/>	
		IK:	Thoraxchirurgie <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 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 / BSNR / oder IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung	Beglaubigte Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigefügt
Kernteam			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  oder  im Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medi- kamentöse Tumorthera- pie (mit KV-Zulas- sung und Genehmi- gung zur Teilnahme an der Onkologievereinba- rung vor dem 31.12.2015)	<input type="checkbox"/>
Kernteam			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Kernteam			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>

Kernteam			Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>
Kernteam <b>(zusätzlich bei Herztumoren)</b>			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Kernteam <b>(zusätzlich bei Herztumoren)</b>			Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>

**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:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR des Ver- tragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Angiologie  <b>oder</b>  Gefäßchirurgie	<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  (sofern nicht im Kern- team vertreten)	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>

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

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

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 des Ver- tragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Orthopädie und Unfall- chirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Psychiatrie und Psy- chotherapie <b>oder</b> Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> psychologische <b>oder</b> ärztliche Psycho- therapie	<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 des Ver- tragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/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).	<input type="checkbox"/>

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

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.	<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 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"/>
<p>24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der Ärzte (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>• Thoraxchirurgie,</li> </ul> <p><b>alternativ bei Herztumoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Innere Medizin und Kardiologie oder</li> <li>○ Herzchirurgie</li> </ul>	<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 Tumorthapie 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 Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten.	<input type="checkbox"/>
Es steht eine Mikrobiologie 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. 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.	<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 Fachärzte des Kernteams ermöglicht.	<input type="checkbox"/>

<b>3. b) Organisatorische Anforderungen:</b> 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 ( <b>in der Regel in 30 Minuten</b> ) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. 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 bei allen Teilnehmern vorliegen und eingehalten werden. Dem Merkblatt zur Anzeige können die einschlägigen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen entnommen werden.	<input type="checkbox"/>

4.) Mindestmengen	
<p>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 Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt.</p> <p>Anzahl behandelte Patienten: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Davon:   Ambulant: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">          Stationär: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">          Sonstige: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 70 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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.</p> <p>Begründung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>d) Die / der zum Kernteam gehörende <b>Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b> hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung <b>durchschnittlich pro Quartal 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien</b> behandelt. Darunter waren <b>mindestens 70 Patienten</b>, die mit <b>medikamentöser Tumorthherapie</b> behandelt wurden (<b>davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung</b>).</p> <p><b>Name Kernteammitglied:</b> _____</p> <p><b>und/oder</b></p> <p>Mindestens ein Mitglied des Kernteams (<b>beliebige Arztgruppe</b>) hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung <b>durchschnittlich pro Quartal 80 Patienten mit soliden Neoplasien</b> behandelt. Darunter waren <b>mindestens 60 Patienten</b>, die mit antineoplastischer Therapie behandelt wurden (<b>davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung</b>).</p> <p><b>Name Kernteammitglied:</b> _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>

Begründung: <hr/> <hr/>	
----------------------------	--

**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:

<b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>  oder  <b>Innere Medizin und Pneumologie</b>  oder  <b>Thoraxchirurgie</b>				
	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\*:**

<p><b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b></p> <p>oder</p> <p><b>Fachgebiet Innere Medizin mit ZWB Medikamentöse Tumortherapie</b> (mit KV-Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung vor dem 31.12.2015)</p>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<p><b>Strahlentherapie</b></p>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

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



<b>Herzchirurgie</b>  (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)\*:**

<b>Anästhesiologie</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 Angiologie</b>  oder <b>Gefäßchirurgie</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 Endokrinologie 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 (2)\*:**

<b>Innere Medizin und Gastroenterologie</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 Kardiologie</b>  (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
<b>Laboratoriumsmedizin</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>Neurochirurgie</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 (4)\*:**

<b>Orthopädie und Unfallchirurgie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<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 Psychotherapie</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>Radiologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Viszeralchirurgie</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)