

## **Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V - Kurzdarmsyndrom - (Für Ihre Unterlagen bestimmt)**

Der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL) und dessen Anlagen nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

1. **Anzeige** zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
2. **Belege zur Erfüllung der personellen Anforderungen**
  - a. Aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen muss  
(entfällt, sofern die Eintragung in das Arztregister der KV Hessen erfolgt ist)  
  
oder,  
  
sofern keine Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt ist, entsprechende Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatzbezeichnung
  - b. Verträge über die fakultative Zusammenarbeit im Rahmen von vereinbarten Kooperationen zur Erfüllung der personellen Anforderungen gemäß § 3 ASV-RL
  - c. Nachweise über die den Vorgaben nach § 135 Abs. 2 entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen (Alternativ kann eine Qualifikationsgenehmigung nach § 135 Abs. 2 vorgelegt werden)
3. **Nachweise zur Erfüllung der sächlichen und organisatorischen Anforderungen**
4. **Angestellte und ermächtigte Ärzte: Anlage 1 zur Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung**  
Erklärung des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums/ des Praxisinhabers bzw. Nebentätigkeitsgenehmigung des Arbeitgebers. Die Anlage 1 muss nicht zwingend für jeden Arzt bzw. jede Ärztin einzeln eingereicht werden muss. Es genügt der Hinweis, dass diese Erklärung für alle Angestellten des MVZ bzw. der Praxis gilt.

**Der Erweiterte Landesausschuss behält sich vor, zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen vom Anzeigenden anzufordern. Sämtliche Angaben in dieser Anzeige werden für die Prüfung gemäß § 116b SGB V benötigt.**

**Die gesetzliche Fiktionswirkung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V tritt erst dann in Kraft, wenn alle erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht sind. Fordert der Erweiterte Landesausschuss darüber hinaus zusätzliche erforderliche Informationen und ergänzende Nachweise an, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang der Auskünfte unterbrochen.**

**Bitte helfen Sie uns, Ihre Anzeige zügig zu bearbeiten, indem Sie die Anzeige vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank!**

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen  
Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V  
- Kurzdarmsyndrom -**

Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen  
Postfach 15 02 04  
60062 Frankfurt

Eingangsstempel der Geschäftsstelle  
des Erweiterten Landesausschusses

**Teil A:**

(Teil A der Anzeige ist durch jedes Mitglied des Kernteams gesondert einzureichen!)

**1. Persönliche Angaben**

- Vertragsärztliche/r Leistungserbringer/in  
 nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus gemäß Feststellungsbescheid vom:  
\_\_\_\_\_

Name des Krankenhauses:			
IK-Nr.			
Titel:			
Name:			
Vorname(n):			
Geschlecht:	Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum:			
Anschrift: (Krankenhaus/ Praxis/ MVZ)	Straße, Nr.		
	PLZ	Ort	
Telefon (tagsüber erreichbar):			
Fax:			
E-Mail:			
LANR (falls vorhanden):			
BSNR (falls vorhanden):			
KV-Bereich			

Die Teilnahme soll mit Wirkungsdatum zum \_\_\_\_\_ erteilt werden.

Es laufen derzeit weitere Anzeigen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei anderen Erweiterten Landesausschüssen:

nein

ja

Anzeige auf: \_\_\_\_\_

Erweiterter Landesausschuss in: \_\_\_\_\_

## 2. Nachweis der persönlichen, personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 ASV-RL

Ich beantrage die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als

Teamleiter/ Teamleiterin

Mitglied des Kernteams

### 2.1 Vertragsärztliche Tätigkeit bzw. Zulassung nach § 108 SGB V und Facharztstatus

§ 3 Abs. 1 ASV-RL

<sup>1</sup> Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation [...] voraus.

**Tätigkeit als Fachärztin/ Facharzt für:**

\_\_\_\_\_  
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde – ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(fakultative Weiterbildung oder besondere Fachkunde)

**Aktuelle Tätigkeit als:**

Vertragsarzt

angestellter Arzt

ermächtigter Arzt

Sicherstellungsassistent

**Tätigkeit in:**

Vertragspraxis

MVZ

Krankenhaus/ Institut

(nach § 108 SGB V zugelassen)

\_\_\_\_\_  
(Name des Praxisinhabers/ Name des MVZ/ Name des Krankenhauses)

## 2.2 Abwesenheitsvertretung (die Angabe ist fakultativ):

§ 3 Abs. 4 ASV-RL

<sup>2</sup> Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. <sup>3</sup> Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft zu melden.

### Benennung einer Vertretung

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde – ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(fakultative Weiterbildung oder besondere Fachkunde)

#### Tätigkeit als:

- |                                            |                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vertragsarzt      | <input type="checkbox"/> angestellter Arzt        |
| <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt | <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistent |

#### Tätigkeit in:

- |                                         |                              |                                                                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vertragspraxis | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Krankenhaus/ Institut<br>(nach § 108 SGB V zugelassen) |
|-----------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

\_\_\_\_\_  
(Name des Praxisinhabers/ Name des MVZ/ Name des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_  
(BSNR- falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
(LANR)

## 2.3 Geplante Sprechzeiten

§ 3 Abs. 2 ASV-RL:

<sup>4</sup> Sie [Mitglieder des Kernteams] müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten **mindestens an einem Tag in der Woche** am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten.<sup>5</sup> An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass laut § 3 Abs. 2 S. 6 ASV-RL der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringenden Leistungen dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein muss. Der Tätigkeitsort hinzuzuziehender Teammitglieder für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. (§ 3 Abs. 2 S. 8 ASV-RL).

<b>Geplante Sprechzeiten am Leistungsort des Teamleiters:</b>				
Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:

## 2.4 Qualifikation/ Genehmigungen

Es liegen Nachweise über die den Vorgaben nach § 135 Abs. 2 entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen oder die in Anhang zu § 4a der ASV-Richtlinie definierten leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen vor (alternativ eine Qualifikationsgenehmigung nach § 135 Abs. 2).

**Ich willige ausdrücklich ein, dass die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses Zugriff auf meine im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) hinterlegten personenbezogenen Daten im Rahmen der ASV erhält.**

### Recht zum Widerruf meiner datenschutzrechtlichen Einwilligung

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne nachteilige Folgen für mich gegenüber der KV Hessen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage meiner Einwilligung erfolgten Verarbeitung meiner Daten nicht berührt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anzeigestellers)

**Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Erweiterten Landesausschuss schriftlich mitzuteilen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anzeigestellers)

**Für Angelegenheiten gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss, die das interdisziplinäre Team betreffen (Teil B des Formulars) erteile ich dem Teamleiter Vollmacht:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Teamleiters)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anzeigestellers)

## Teil B:

(Teil B der Anzeige ist einmalig für das interdisziplinäre Team einzureichen)

**Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 ASV-RL kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen. Die fakultative Zusammenarbeit im Rahmen von vereinbarten Kooperationen ist vertraglich nachzuweisen.**

### 3. Nachweis der teambezogenen personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 ASV-RL

#### 3.1 Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team

§ 3 Abs. 1 ASV-RL

<sup>1</sup> Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt [...] soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus.

<sup>2</sup> Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

§ 3 Abs. 2 ASV-RL

<sup>1</sup> Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten.

**Benennung hinzuzuziehender Fachärzte/ -ärztinnen:** (institutionelle Benennung ausreichend)

Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Gefäßchirurgie

und/oder

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Angiologie

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Nephrologie

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Laboratoriumsmedizin

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname bzw. Institution)

Teil B - 2 -

Facharzt/-ärztin für Pathologie

(Name, Vorname bzw. Institution)

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene

(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Radiologie

(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Urologie

(Name, Vorname bzw. Institution)

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie (fakultativ)

(Name, Vorname bzw. Institution)

oder

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche (fakultativ)

(Name, Vorname bzw. Institution)

### 3.2 Angaben zum Leistungsort

§ 3 Abs. 2 ASV-RL:

<sup>3</sup> Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. <sup>4</sup> Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. <sup>5</sup> An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen.

Bei dem Leistungsort des Teamleiters (ASV-Hauptstandort) handelt es sich um

- die Hauptbetriebsstätte  
 die Nebenbetriebsstätte

Praxisinhaber: \_\_\_\_\_

- ein Medizinisches Versorgungszentrum  
 ein Krankenhaus

Name des MVZ/ Krankenhauses: \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße, Hausnummer:

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

KV-Bereich (nur für Vertragsärzte anzugeben):

Planungsbereich (nur für Vertragsärzte anzugeben):

Telefon/ Telefax:

BSNR/ NBSNR:

**3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

**a) Es besteht eine Zusammenarbeit mit:**

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (bitte benennen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (z.B. Diätassistenten)  
(bitte benennen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Physiotherapie (bitte benennen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (bitte benennen):

---

---

Stomatherapie (bitte benennen):

---

---

Die Zusammenarbeit mit den unter 3.2 a) aufgeführten Gesundheitsfachdisziplinen bzw. Einrichtungen bedarf keiner vertraglichen Vereinbarung.

**b) Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte:**

Innere Medizin und Gastroenterologie (bitte benennen):

---

---

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

**c) Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.**

#### 4. Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung an. Insbesondere wird die Einhaltung folgender Bedingungen/Voraussetzungen versichert:**

- Änderungen in der Zusammensetzung des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte) werden dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen angezeigt;
- Die Diagnosestellung und die leitenden Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Berücksichtigung des Facharztstatus persönlich getroffen;
- Vertretungen, die länger als eine Woche dauern und nicht durch den Abwesenheitsvertreter gemäß 2.2 abgedeckt werden, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft gemeldet. Die Frist ist mit Eingang bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses gewahrt. Die Geschäftsstelle nimmt im Auftrag von dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft die Meldung entgegen. Die Vertretung erfolgt nur durch Fachärzte, die die Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung entsprechend der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllen;
- Bei der Erbringung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderun-

- gen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt und eingehalten;
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sowie die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist;
  - Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den erweiterten Landesausschuss, die den Maßgaben der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen;
  - Die Information der Patienten bei Erstkontakt mit der ASV über diese Versorgungsform sowie über das interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum;
  - Die schriftliche Information der Patienten über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen nach Abschluss der Behandlung;
  - Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; ihnen wird die Teilnahme ermöglicht;
  - mit den Patienten-/Selbsthilfeorganisationen besteht eine kontinuierliche Zusammenarbeit.

## 5. Sonstige Hinweise

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei der Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.

Die in § 116b SGB V in Verbindung mit den dazu ergangenen Richtlinien des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung genannten Anforderungen müssen ständig erfüllt sein. Hierzu zählen beispielsweise - neben den bereits genannten Anforderungen - die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen gemäß § 7 ASV-RL, das Sichern von Qualität gemäß § 12 ASV-RL, die Dokumentationspflicht gemäß § 14 ASV-RL sowie das Informieren der Patienten gemäß § 15 ASV-RL.

Zusätzlich sei darauf hingewiesen, dass an immobile Apparate gebundene Leistungen, die direkt an der Patientin oder dem Patienten, zwar nicht am Tätigkeitsort des Teamleiters durchgeführt werden müssen, jedoch in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein müssen. Auch der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzte muss für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

**Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Erweiterten Landesausschuss schriftlich mitzuteilen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des bevollmächtigten Teamleiters  
des ASV Teams gemäß Teil A, Seite 5)

Anlage I

**Anlage 1 zur Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für angestellte oder ermächtigte Ärzte**

**Erklärung des Trägers (Medizinisches Versorgungszentrum oder Krankenhaus) oder des Praxisinhabers  
zur Vorlage beim Erweiterten Landesausschuss**

(Nur durch den Träger des Medizinischen Versorgungszentrums, den Träger des Krankenhauses oder den Praxisinhaber auszufüllen)

Unter Bezug auf § 116b des Fünften Buches des Sozialgesetzes, in Verbindung mit der Richtlinie des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, stimme(n) ich/wir

\_\_\_\_\_  
(Name des Praxisinhabers/ Name des MVZ/ Name des Krankenhauses)

der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
(LANR des Antragstellers)

zu.

Dem Träger des Medizinischen Versorgungszentrums, des Krankenhauses bzw. dem Praxisinhaber ist bekannt, dass der an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die Tätigkeit persönlich ausüben muss und diese nur im Fall einer Erkrankung oder einesurlaubes übertragen werden kann.

Eine Vertretung ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in der ASV-Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten, des Krankenhaus-Vertretungsberechtigten oder des Praxisinhabers