

## Selbstauskunft bei einer institutionellen Benennung

(§4a Abs. 2 S. 3 i.V.m. § 4a Abs. 4 ASV-RL)

Name der Institution: \_\_\_\_\_

Adresse der Institution: \_\_\_\_\_

Art der Institution (Krankenhausabteilung/MVZ): \_\_\_\_\_

### Hiermit bestätige ich, dass es sich bei der zu benennenden Institution nach § 2 II 5 ASV-RL

um eine zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatzweiterbildung oder einen Schwerpunkt handelt, das den Leistungsbereich (bitte Leistungsbereich eintragen!)

\_\_\_\_\_ oder die jeweilige ASV-  
Leistung (bitte GOP eintragen!)

\_\_\_\_\_ umfasst

oder

um eine fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit handelt, in der der jeweilige Leistungsbereich \_\_\_\_\_

oder die jeweilige ASV-Leistung \_\_\_\_\_  
erbracht wird

oder

um ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) handelt, in dem die im leistungsspezifischen

Anhang zu § 4a ASV-RL benannte Leistung erbracht wird. Ein entsprechender Bescheid wurde erteilt.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir in der Selbstauskunft und in den ggf. mit einzureichenden Nachweisen gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich unverzüglich der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses mitteilen.**

**Mir ist bewusst, dass nicht mitgeteilte Änderungen auch rückwirkend zum Entzug der Teilnahmeberechtigung führen können, sofern hierdurch die Mindestvoraussetzungen unterschritten wurden und kein Leistungserbringer bzw. keine Leistungserbringerin innerhalb von sechs Monaten nachgemeldet wurde.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der ärztlichen Leitung / des ärztlichen Direktors bzw. der ärztlichen Direktorin / der Geschäftsführung