Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe GB Verträge Frau Kamps Robert-Schimrigk-Str. 4-6 44141 Dortmund

Zusatzblatt MVZ für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) - Zurück an die KVWL -

Name des MVZ:			
Anschrift:			
BSNR:			
Bank:			
IBAN: DE			
Kontoinhaber/in:			
Teamnummer (9-stellig):			
Krankheitsbild: (Bitte ankreuzen. Nur eine Angabe möglich!)			
 Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle 	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose		
Gynäkologische Tumoren	Rheumatologische Erkrankungen		
 Ohne Subspezialisierung 	 Erwachsene 		
 Mammakarzinom 	 Kinder 		
 Andere gynäkologische Tumoren 			
 Urologische Tumoren 	 Pulmonale Hypertonie 		
 Marfan-Syndrom 	o Mukoviszidose		
 Tumoren der Haut 	o Morbus Wilson		
 Seltene Lebererkrankungen 	o Hämophilie		
 Tumoren der Lunge und des Thorax 	o Sarkoidose		
 Kopf- oder Halstumoren 	 Neuromuskuläre Erkrankungen 		
 Chron. entzündliche Darmerkrankungen 	o Tumoren des Gehirns u. d. peripheren		
	Nerven		
 Multiple Sklerose 	 Knochen- und Weichteiltumoren 		
Beginn der ASV-Berechtigung:			
Ansprechpartner/in:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			

Name Ärztin/Arzt	Vorname Ärztin/Arzt	Fachgebiet	LANR (9-stellig)	Teamebene T = Teamleiter/in M = Mitglied des Kernteams H = Hinzuzuziehende/	
genannten perse Landesausschu und Beantragu	onenbezogener ss. Das Einver n <mark>g einer ASV-</mark>	n Daten bei der As <mark>ständnis entbind</mark>	ndnis zum Abgleich o SV-Servicestelle und let nicht von einer o i der ASV-Services lahme#0.	l dem erweiterten eigenen Meldung	
Ort, Datum					
Unterschrift MVZ			Stempel		