

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: _____

Teamnummer (9-stellig):

Krankheitsbild:
 (Bitte ankreuzen. Nur eine Angabe möglich!)

<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/> Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
<input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren <input type="checkbox"/> Ohne Subspezialisierung <input type="checkbox"/> Mammakarzinom <input type="checkbox"/> Andere gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder
<input type="checkbox"/> Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/> Morbus Wilson
<input type="checkbox"/> Seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Hämophilie
<input type="checkbox"/> Tumoren der Lunge und des Thorax	<input type="checkbox"/> Sarkoidose
<input type="checkbox"/> Kopf- oder Halstumoren	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumoren des Gehirns u. d. peripheren Nerven

Beginn der ASV-Berechtigung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Name Arzt	Vorname Arzt	Fachgebiet	LANR (9-stellig)	Teamebene T = Teamleiter M = Mitglied des Kernteams H = Hinzugezogene(r)

Ich erteile der KVWL widerruflich mein Einverständnis zum Abgleich der oben genannten personenbezogenen Daten bei der ASV-Servicestelle und dem erweiterten Landesausschuss. **Das Einverständnis entbindet nicht von einer eigenen Meldung und Beantragung einer ASV-Teamnummer bei der ASV-Servicestelle.**
<https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVTeilnahme#0>.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift MVZ

.....
Stempel