

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

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

Name: _____

Anschrift: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Bank: _____

IBAN: DE_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Kontoinhaber/in: _____

Teamnummer (9-stellig):

Teamebene:

<input type="radio"/> Teamleitung	<input type="radio"/> Mitglied des Kernteams	<input type="radio"/> Hinzuzuziehende/r
-----------------------------------	--	---

Krankheitsbild:

(Bitte ankreuzen. Nur eine Angabe möglich!)

<input type="radio"/> Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle	<input type="radio"/> Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
<input type="radio"/> Gynäkologische Tumoren <input type="radio"/> Ohne Subspezialisierung <input type="radio"/> Mammakarzinom <input type="radio"/> Andere gynäkologische Tumoren	<input type="radio"/> Rheumatologische Erkrankungen <input type="radio"/> Erwachsene <input type="radio"/> Kinder
<input type="radio"/> Urologische Tumoren	<input type="radio"/> Pulmonale Hypertonie
<input type="radio"/> Marfan-Syndrom	<input type="radio"/> Mukoviszidose
<input type="radio"/> Tumoren der Haut	<input type="radio"/> Morbus Wilson
<input type="radio"/> Seltene Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Hämophilie
<input type="radio"/> Tumoren der Lunge und des Thorax	<input type="radio"/> Sarkoidose
<input type="radio"/> Kopf- oder Halstumoren	<input type="radio"/> Neuromuskuläre Erkrankungen
<input type="radio"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen	<input type="radio"/> Tumoren des Gehirns u. d. peripheren Nerven
<input type="radio"/> Multiple Sklerose	<input type="radio"/> Knochen- und Weichteiltumoren
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Augentumoren
<input type="radio"/> Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes	<input type="radio"/> Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Beginn der ASV-Berechtigung: _____

Ansprechpartner/in: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Nehmen von Ihnen angestellte Ärzte laut Beschluss des erweiterten Landesausschuss an der ASV-Vereinbarung teil, befüllen Sie bitte die nachfolgende Tabelle mit den geforderten Daten.

Name Ärztin/Arzt	Vorname Ärztin/Arzt	Fachgebiet	LANR (9-stellig)	Teamebene T:=Teamleiter/in M:= Mitglied des Kernteams H:= Hinzuzuziehende/r

Ich erteile der KVWL widerruflich mein Einverständnis zum Abgleich der oben genannten personenbezogenen Daten bei der ASV-Serviceestelle sowie bei dem erweiterten Landesausschuss. **Das Einverständnis entbindet nicht von einer eigenen Meldung und Beantragung einer ASV-Teamnummer bei der ASV-Serviceestelle.**

<https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVTeilnahme#0>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertragsärztin/-arzt

.....
Stempel