

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

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

Name: _____

Anschrift: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Bank: _____

IBAN: DE _____

Kontoinhaber: _____

Teamnummer (9-stellig):

- Teamebene:
- Teamleiter(in)
 - Mitglied des Kernteams
 - Hinzugezogene(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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ohne Subspezialisierung <input type="radio"/> Mammakarzinom <input type="radio"/> Andere gynäkologische Tumoren 	<input type="radio"/> Rheumatologische Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <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

Beginn der ASV-Berechtigung: _____

Ansprechpartner: _____

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 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-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 Vertragsarzt

.....
Stempel