

**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/in: \_\_\_\_\_

Teamnummer (9-stellig):

- Teamebene:
- Teamleiter/in
  - Mitglied des Kernteams
  - 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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ohne Subspezialisierung</li> <li><input type="radio"/> Mammakarzinom</li> <li><input type="radio"/> Andere gynäkologische Tumoren</li> </ul>	<input type="radio"/> Rheumatologische Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Erwachsene</li> <li><input type="radio"/> Kinder</li> </ul>
<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"/> Knochen- und Weichteiltumoren	

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