

Erweiterter Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
des Landes Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Tel.-Nr.:
Fax.-Nr.:
E-Mail:

0391 627-6449 / 7449
0391 627-8436
ela@kvs.de

Anzeige
Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung nach § 116b SGB V

Ich/wir beabsichtige/n, folgende ambulante spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V zu erbringen:

**Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1:
Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses,
in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 26.06.2025**

Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

- C 94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
- C 94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
- C 86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen

Allgemeine Hinweise:

- 1) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzuzeigen.
- 2) Zur besseren Lesbarkeit werden personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der männlichen Form angeführt, also z.B. „Facharzt“ statt „Fachärztin“.
- 3) Vertreter dürfen nur im Falle der Abwesenheit des Vertretenen in ihrer Funktion als Vertreter tätig werden, § 3 Abs. 4 der ASL-RL.
Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern sie bereits bekannt sind.

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt.

1a) Angaben zur Teamleitung

Die Leitung und Koordination des Teams sowie die Vertretung der Teamleitung erfolgen durch:

- einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Die Teamleitung muss in einer Transplantation tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern Sie bereits bekannt sind.

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen	
Teammitglied			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und					
Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und					
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie benannt werden.

§ 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied nicht:

„Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten.

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen.

Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sei.“

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSa eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich kann ein Facharzt benannt werden für					
Hinzuzuziehende/r			Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d) Kooperation

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. (§ 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)

Weitere Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. Diese ASV-Kooperation macht eine Zusammenarbeit mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich.

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten (§ 10 ASV-RL).

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch (z.B. Team- bzw. Fallbesprechungen, bitte Tag/e und Uhrzeit/en angeben):

Nachweis §§ 3 Abs. 1 Satz 1, 10 ASV-RL			
Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei. <u>Nachweise beifügen:</u> Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung			<input type="checkbox"/>

Nachweis § 3 Abs. 5 Satz G-BA-Richtlinie			
Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor. (Nachweis z.B. durch Leistungsstatistiken, indikationsbezogene Fortbildungen)			<input type="checkbox"/>

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise in Kopie sind beigefügt:
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen (Feststellungsbescheid § 108 SGB V).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

3.) Anzeige zu den teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V (ggf. wiederholen)		
Titel, Vorname, Name (Arzt bzw. Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V):		
Anschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
BSNR:	LANR:	Titel, Vorname, Name (der Mitglieder der BAG bzw. des MVZ bzw. der Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V):

4.) Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche Anforderungen: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:			
Physiotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>

4b) Organisatorische Anforderungen: Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:	
Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,	
sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<input type="checkbox"/>
<p>Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL).</p> <p>Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.</p>	<input type="checkbox"/>
Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation oder seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zertifizierte Zusatzaus- bzw. -weiterbildung zur onkologischen Pflege (Nachweise in Kopie beifügen). Soweit keine entsprechende Qualifikation besteht, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen (etwa durch Bescheinigung einer langjährigen entsprechenden Tätigkeit).	<input type="checkbox"/>

Jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
Dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen steht zur Verfügung (Nachweis über die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze und Regelung für Wochenenden / Feiertage).	<input type="checkbox"/>
Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechselungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten (Beschreibung beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine Mikrobiologie steht zur Verfügung. (Nachweis beifügen, Benennung der/des Labore/s)	<input type="checkbox"/>
Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten werden bereitgehalten (Nachweis beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 S. 3 ASLV-RL, Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Stationäre Notfalloperationen sind möglich.	<input type="checkbox"/>
Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den in Sachsen-Anhalt geltenden Regelungen.	<input type="checkbox"/>

4c) Dokumentationen	
Die Dokumentation ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht. (Nachweis: Schilderung, auf welche Art die Dokumentation erfolgt und wie der Zugriff der berechtigten Ärzte sichergestellt wird)	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher.	<input type="checkbox"/>
Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>
Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen		
Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes in Druckbuchstaben:		
Das Team bietet die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) gemeinsam am oben angegebenen Ort:		
Montag	von: Uhr	bis: Uhr
Dienstag	von: Uhr	bis: Uhr
Mittwoch	von: Uhr	bis: Uhr
Donnerstag	von: Uhr	bis: Uhr
Freitag	von: Uhr	bis: Uhr
Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten genommenen Untersuchungsmaterials. Der Ort der Leistungserbringung liegt dennoch für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung.		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.		

6a) Mindestmengen	
Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogenen Stammzelltransplantationen durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogenen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für die ASV nicht notwendig.	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V.
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen.
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen.
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche.
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärzte sind in Kopie beigelegt, insbesondere:	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (lt. Anlage 1)	<input type="checkbox"/>
- aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
- Nachweise über regelmäßige Teilnahme an indikationsbezogenen Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
- weitere entscheidungsrelevante Unterlagen (z.B. Zeugnisse, soweit für die entsprechende Leistung keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt)	<input type="checkbox"/>
- Nachweis von Mindestmengen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zur Behandlung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zur Behandlung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgen nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die KVSA weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztbescheides bestätigen zu lassen.

Zustellungsvollmacht

Ich erteile dem Teamleiter Zustellungsvollmacht nach § 7 Verwaltungszustellungsgesetz für alle in diesem Verfahren an mich gerichteten Bescheide, Entscheidungen, sonstigen Verwaltungsakte und Mitteilungen des erweiterten Landesausschusses. Sämtliche Zustellungen sind ausschließlich an meinen Zustellungsbevollmächtigten zu bewirken. Die Zustellungsvollmacht gilt bis zu ihrem schriftlichen Widerruf.

..... Ort, Datum	..... Teamleiter* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... Mitglied Kernteam* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... Mitglied Kernteam (ggf. Vertragsarztstempel)
..... Mitglied Kernteam* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)

Hinweis: bei angestellten Ärzten ist zusätzlich die Unterschrift des Arbeitgebers (MVZ, GP, Vertragsarzt) erforderlich

Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Videosprechstunde						
Videosprechstunde Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiographie	01530		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiographie	01531		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	09316		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsmedizin						
Konsiliarpauschale	12210		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundpauschale	12220		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Fachinternistische Behandlung					
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG	13252		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerstützte Auswertung eines Langzeit-EKG	13253		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Langzeit- Blutdruckmessung	13254		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	13421, 13422, 13423, 13424		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Herzschrittmacher	13571		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	13573		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse CRT	13575		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	13577		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Bronchoalveoläre Lavage	13663		<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin						
17210, 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pathologie						
19210, 19310, 19312, 19314, 19320, 19321, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19430, 19431, 19432, 19433, 19434		<input type="checkbox"/>	Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strahlentherapie						
25211, 25214, 25321, 25324, 25328, 25330, 25331, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Physikalische Therapie					
30400, 30401, 30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten					
30700, 30702, 30706, 30708		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor-Richtlinie					
Mikroskopische Untersuchungen					
32155, 32156, 32157, 32158, 32159, 32160, 32163, 32167, 32168, 32169, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32187		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gerinnungsuntersuchungen				
32210, 32212		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch-chemische Untersuchungen				
32237, 32242, 32244, 32245, 32247, 32248, 32253, 32254, 32265, 32267, 32305, 32206, 32308, 32314, 32315, 32320, 32321, 32323, 32325, 32342, 32353, 32354, 32355, 32356, 32357, 32358, 32367, 32369, 32372, 32373, 32374, 32377, 32379, 32381, 32403, 32404, 32411, 32413, 32414, 32421		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen				
32435, 32437, 32439, 32441, 32457, 32459, 32460, 32462, 32463, 32480, 32502, 32508, 32509, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 32524, 32525, 32526, 32527		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologische Untersuchungen				
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32574, 32575, 32584, 32586, 32592, 32594, 32595, 32597, 32601, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32622, 32623, 32624, 32625, 32626, 32627, 32628, 32629, 32630, 32631, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasitologische Untersuchungen					
32680		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologische Untersuchungen					
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32701, 32702, 32704, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32744, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Virologische Untersuchungen					
32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32786, 32787, 32788, 32789, 32790		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen					
32800, 32801, 32802, 32803, 32818, 32820, 32825, 32830, 32831, 32832, 32833, 32834, 32835, 32842, 32843, 32844, 32845, 32846, 32850, 32851, 32852, 32853		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immungenetische Untersuchung					
32935, 32937, 32939, 32940, 32941, 32942, 32943, 32945, 32946, 32947, 32948, 32949		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Vereinbarung					
Sonographie des Auges	33000		<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Biometrie des Auges	33001		<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Ultraschall-Pachymetrie des Auges	33002		<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlen- Sonographie	33010		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie (M-Mode und B-Mode- Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppler- Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex- Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmainduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33062		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße PW-Doppler-Sonographie intrakranieller Gefäße	33063		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33064		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie extrakranieller Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie extrakranieller Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie intrakranieller Gefäße	33071		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie abdomineller retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	33080		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- und/oder Nervensonographie	33100		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahmen des Schädels	34210		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panoramaschichte(n) des Ober- und /oder Unterkiefers	34211		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	34212		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen des knöchernen Thorax	34220		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	34222		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostische Radiologie, Röntgenaufnahme						
34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34260, 34282			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serienangiographie, Zuschläge	34283, 34284, 34285, 34286, 34287		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Angiokardiographie	34290		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	34291		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Intervention	34292		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlebologie	34294, 34295, 34296		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für die Messung der myokardialen Fraktionellen Flussreserve	34298		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie						
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie-Vereinbarung						
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlungsplanung MRT	34460		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
MRT-Angiographie					
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	34501		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrische Untersuchung I und II	34600, 34601		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>
PET/PET-CT					
F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes – F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	34700		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
F-18-Fluordesoxyglukose- PET des Körperstammes – F-18-Fluordesoxyglukose- PET/CT des Körperstammes	34701		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18-Fluordesoxyglukose- PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluordesoxyglukose- PET von Teilen des Körperstammes	34702		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18-Fluordesoxyglukose- PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluordesoxyglukose- PET/CT von Teilen des Körperstammes	34703		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18-Fluordesoxyglukose- PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen – F-18-Fluordesoxyglukose- PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen	34704		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
F-18-Fluordesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluordesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	34705		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18-Fluordesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluordesoxyglukose- PET/CT von Teilen des Körperstammes	34706		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F-18-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen - F-18-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen	34707		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Verfahren, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Bezeichnung der Leistung					
PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei Lymphomen und akuten Leukämie mit extramedulärem Befall nach allogener Stammzelltransplantation zur Überprüfung des Behandlungserfolges und bei Rezidivverdacht nicht zur regelmäßigen Verlaufskontrolle		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankung der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>