

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

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

Silke Brumm
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:

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen,
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 18. Dezember 2025,
Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe p angeborene Skelettsystemfehlbildungen, in Kraft getreten am 21.05.2026

Zur Gruppe der Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- E 83.30 Familiäre hypophosphatämische Rachitis
- E 83.31 Vitamin-D-abhängige Rachitis
- E 83.38 Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase
- M 41.0- Idiopathische Skoliose beim Kind (ab Grad 20 Cobb-Winkel)
- M 41.1- Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen (ab Grad 20 Cobb-Winkel)
- M 61.1- Myositis ossificans progressiva
- M 85.0- Fibröse Dysplasie (monostotisch)
- M 88.- Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit] (Juveniles Paget-Syndrom)
- Q 67.5 Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule
- Q 71.- Reduktionsdefekte der oberen Extremität

- Q 72.- Reduktionsdefekte der unteren Extremität
- Q 73.- Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)
- Q 74.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)
- Q 75.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- Q 76.- Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax
- Q 77.- Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule
- Q 78.- Sonstige Osteochondrodysplasien
- Q 79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom (vom nicht vaskulären Typ)
- Q 79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems (amniotische Schnürfurchen)
- Q 87.0 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes
- Q 87.1 Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen
- Q 87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten
- Q 87.3 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter
- Q 87.5 Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen
- Q 87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert

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) Vertretung dürfen nur im Falle der Abwesenheit des Vertretenen in ihrer Funktion als Vertreter tätig werden, § 3 Abs. 4 der ASV-RL.
Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern sie bereits bekannt sind.

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit angeborenen Skelettfehlbildungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

1a) Angaben zur Teamleitung

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

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Innere Medizin und Nephrologie,
- Innere Medizin und Rheumatologie oder
- Orthopädie und Unfallchirurgie

sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ Facharzt für:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie,
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder
- Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie.

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			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Orthopädie und Unfallchirurgie	<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	
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ ein Facharzt für:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und/oder					
Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<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			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist einer der folgenden Fachärzte zu benennen:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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	
oder					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Schwerpunkte verfügbar ist, ist zu benennen:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder- und Jugendliche behandelt werden ist zusätzlich zu benennen:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und/oder					
Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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			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"/>
bei Ehlers-Danlos-Syndrom auch Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten					
Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<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			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<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			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 oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<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"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Sofern Kinder- und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende hinzuzuziehende Fachärzte benannt werden:					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie oder Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Kinder- und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie oder Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Kinder- und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich kann auch folgender Facharzt benannt werden:					
Hinzuzuziehende/r			Phoniatrie und Pädaudiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Phoniatrie und Pädaudiologie	<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).

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. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie

Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei.

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

**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)



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 wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht.			
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Logopädie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Orthopädietechnik-Mechanik	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	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"/>
Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte: - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Orthopädie und Unfallchirurgie Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL). Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.	<input type="checkbox"/>

4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)	
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), 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.		

6.) Mindestmengen: keine

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 vertretenden 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.
 - Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
 - Die Überweisung kann aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

- 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 beigefügt, 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"/>

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 zu angeborenen Skelettfehlbildungen bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu angeborenen Skelettfehlbildungen 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 Facharztbescheinigung 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					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-	<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 Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<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 Videosprechstunde	01450		<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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronarangiografie	01520, 01521, 01522		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04322		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	04335		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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
Sozialpädiatrische Versorgung					
04355, 04356		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie					
04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen					
04514, 04515, 04516, 04518, 04520		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen					
Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	09316		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
09324			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM- Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
09372, 09373, 09374, 09375			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik						
11230, 11233, 11234, 11235, 11236, 11301, 11302, 11303, 11355, 11356, 11501, 11502, 11503, 11506, 11508, 11511, 11512, 11513, 11516, 11518			<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen						
13252, 13253			<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"/>
Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen						
13421, 13422, 13423, 13424			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiologische Gebührenordnungspositionen						
13545			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumologische Gebührenordnungspositionen						
Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	13663		<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
Nuklearmedizin					
17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie					
19310, 19312, 19314			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abklärung einer vestibulo- cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324		<input type="checkbox"/> Phoniatrie und Pädaudiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgeräteversorgung	20372, 20373, 20374, 20375		<input type="checkbox"/> Phoniatrie und Pädaudiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie					
30400, 30410, 30411, 30420, 30421			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
30400, 30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie				
30700, 30702, 30706, 30708		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
30700, 30702, 30706, 30708		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopische Untersuchungen				
32166, 32167, 32176, 31177, 32181		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsuntersuchungen				
32197		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Klinisch-chemische Untersuchungen					
32232, 32233, 32237, 32242, 32247, 32248, 32265, 32300, 32305, 32306, 32308, 32310, 32320, 32321, 32325, 32342, 32353, 32354, 32355, 32356, 32358, 32360, 32369, 32370, 32371, 32372, 32373, 32403, 32404, 32410, 32411, 32312, 32413, 32314, 32421		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen					
32435, 32437, 32439, 32441, 32448, 32449, 32450, 32459, 32460, 32461, 32463, 32465, 32469, 32474, 32489, 32499		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32586, 32588, 32592, 32598, 32628, 32631, 32632, 32662, 32663		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<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"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32704, 32721, 32725, 32743, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32764, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<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					
32788, 32789			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen					
32825, 32830, 32851			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik					
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"/> Phoniatrie und Pädaudiologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<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 Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 Gesichtswichteile und/oder Halswichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<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	
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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	
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<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"/>
Echokardiographie (M-Mode- und B- Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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	
Doppler- Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<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"/>
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich der Harnblase	33044		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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	
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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	
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Säuglingshüfte	33051		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<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 Säuglingshüfte	33051		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	33052		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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	
Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	33052		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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	
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<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	
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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	
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<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 der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<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
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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 der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<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 der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppler-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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	
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<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	
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<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
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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 Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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 für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- und/oder Nervensonographie	33100		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	<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
Diagnostische Radiologie, Röntgenaufnahme					
34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34260		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen					
34280, 34281, 34282		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34280, 34281, 34282		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34287		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34290, 34291, 34292, 34298		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- 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"/>
MRT				
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie				
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen				
34503, 34504, 34505		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
34503, 34504, 34505			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrische Untersuchungen I+II	34600, 34601		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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"/>	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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	<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"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<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"/>	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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	35112		<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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	35113		<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"/>
			<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		