

▶▶ Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Teil A Personelle Anforderungen

1. Teamleitung*

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

2. Mitglieder des Kernteams*

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

► ► Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 1)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

▶▶ Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 2)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung		Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:		LANR/ FG-Nr.:	

► ► Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Teil A Personelle Anforderungen

2. Mitglieder des Kernteams* (Fortsetzung 3)

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

Name/ Vorname			
Tätigkeitsort/Praxissitz (Anschrift):			
Facharztbezeichnung	Nachweise beigefügt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSNR/ IK:	LANR/ FG-Nr.:		

▶▶ Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Teil A Personelle Anforderungen

3. hinzuzuziehende Fachärzte*

Fachgebiets-/ Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung	Name oder Institution**:	Praxissitz/Tätigkeitsort
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Humangenetik		
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
Innere Medizin und Kardiologie		
Laboratoriumsmedizin		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*** oder Kinder- und Jugendlichenpsycho- .therapeut** oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie** oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- Jugendendokrinologie und -Diabetologie		
Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut		
Radiologie		
Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie****		

* Für alle namentlich benannten Fachärzte ist eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; Krankenhausärzte können eine Beglaubigung bei der KVBB kostenfrei erhalten; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses Einsicht in die bei der KVBB geführte(n) Arztregister-/ bzw. Verwaltungsakte(n) nimmt (vgl. Erklärung Teil E). Darüber hinaus sind die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a sowie des Anhangs zu § 4a der ASV-RL zu erfüllen (vgl. Anlagen zum Formular).

** Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine namentliche Nennung entbehrlich (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL).

*** sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich möglich

**** zusätzlich möglich