

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

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

Krankenhausname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

Standortnummer: \_\_\_\_\_

Teamnummer (9-stellig):

**Krankheitsbild:**

(Bitte ankreuzen. Nur eine Angabe möglich!)

<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/> Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
<input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren <input type="checkbox"/> Ohne Subspezialisierung <input type="checkbox"/> Mammakarzinom <input type="checkbox"/> Andere gynäkologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder
<input type="checkbox"/> Urologische Tumoren	<input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Tumoren der Haut	<input type="checkbox"/> Morbus Wilson
<input type="checkbox"/> Seltene Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Hämophilie
<input type="checkbox"/> Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Tumoren der Lunge und des Thorax
<input type="checkbox"/> Kopf- oder Halstumoren	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumoren des Gehirns u. d. peripheren Nerven
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Knochen- und Weichteiltumoren
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Augentumoren

Beginn der ASV-Berechtigung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name Ärztin/Arzt	Vorname Ärztin/Arzt	Fachgebiet	Fachgruppen- nummer (9-stellig) oder LANR falls vorhanden	Teamebene <b>T</b> = Teamleiter <b>M</b> = Mitglied des Kernteams <b>H</b> = Hinzuzuziehende/r

Ich erteile der KVWL widerruflich mein Einverständnis zum Abgleich meiner personen-  
bezogenen Daten bei der ASV-Serviceestelle und dem erweiterten Landesausschuss.

**Das Einverständnis entbindet nicht von einer eigenen Meldung und Beantragung  
einer ASV-Teamnummer bei der ASV-Serviceestelle.**

<https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVTeilnahme#0>.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Krankenhaus

.....  
Stempel