



Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten gem. "Onkologie-Vereinbarung"

Hinweis: bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Die Antragstellung erfolgt für:

Name, Vorname, Titel	LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: _____

Betreuung von onkologischen Patienten

Die KV Hamburg behält sich das Recht vor, Nachweise über die betreuten onkologischen Patienten gemäß § 3 (4) Onkologie-Vereinbarung vorlegen zu lassen.

Einverständniserklärung zur gezielten Pharmakotherapieberatung

Der onkologisch qualifizierte Arzt erklärt sich damit einverstanden, dass gemäß § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versicherungsbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission gemäß § 10 der Onkologie Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden können.

**Selbsterklärung über die Beschäftigung onkologisch besonders qualifizierten
Pflegepersonals gemäß § 5 Abs. 1 (Organisatorische Maßnahmen) der Onkologie-
Vereinbarung**

- In meiner Praxis / im MVZ / in der BAG sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger (mindestens ein) mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.

- In meiner Praxis / im MVZ / in der BAG sind medizinische Fachangestellte mit einer onkologischen Qualifikation im Umfang von 120 Stunden zur Pflege und Betreuung onkologischer Patienten beschäftigt.

Hinweis:

Die Weiterbildung dieser onkologischen Qualifikation kann auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden. Medizinische Fachangestellte mit dieser Qualifikation können nur in begründeten Fällen als Assistenz hinzugezogen werden.

Begründung:

Die KV Hamburg behält sich vor, die organisatorischen Voraussetzungen gem. §§ 5 und 6 zu überprüfen und erforderliche Nachweise anzufordern.

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Datum	Name Druckbuchstaben	Unterschrift Anzeigender

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Datum	Name Druckbuchstaben	Unterschrift Angestellter

Bestätigung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft

Hiermit bestätige ich _____, dass ich mit folgenden Ärzten eine onkologische interdisziplinäre Kooperationsgemeinschaft gemäß § 6 Onkologievereinbarung bilde.

Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft	namentliche Nennung (Druckbuchsraben)	Praxis / Ort
1. Kompetenz Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie		
2. Kompetenz Pathologie		
3. Kompetenz Radiologie		
4. Kompetenz Strahlentherapie		
5. weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von den in den Praxen betreuten Tumorerkrankungen		
_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis / Ort
_____	_____	_____
Fachdisziplin	Name Arzt	Praxis / Ort
6. Kompetenz Palliativmedizin (Ärzte mit Zusatzweiterbildung "Palliativmedizin")	_____	_____

Hinweis: Alle sechs angegebenen Kompetenzfelder müssen besetzt sein.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).

_____ Datum

_____ Unterschrift