

Antrag auf Genehmigung:

Hautkrebs-Screening (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Verträge zum Hautkrebs-Screening)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen für Dermatologen -bitte beifügen- sowie beantragte Leistungen

- Facharztbezeichnung für Dermatologie
- Leistungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie sowie aller unten aufgeführten Verträge

oder Einzelauswahl:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie | <input type="checkbox"/> des Vertrages mit der AOK NordWest |
| <input type="checkbox"/> des Vertrages mit dem BKK-LV NORDWEST | <input type="checkbox"/> des Vertrages mit der Bosch BKK |
| <input type="checkbox"/> des Vertrages mit der iKK Die Innovationskasse | <input type="checkbox"/> des Vertrages mit der BARMER |

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse des Vertrages mit der HEK
 des Vertrages mit der Knappschaft des Vertrages mit der BIG direkt gesund

Fachliche Voraussetzungen für hausärztlich tätige Ärzte -bitte beifügen- sowie beantragte Leistungen

- Nachweis über die Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm
- Fachgebietsbezeichnung
 - Allgemeinmedizin oder
 - hausärztlich tätiger Internist oder
 - Praktischer Arzt oder
 - Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Leistungen im Rahmen

- der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und des unten aufgeführten Vertrages
oder Einzelauswahl:
 - der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
 - des Vertrages mit dem BKK-LV NORDWEST

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person