

Antrag auf Genehmigung:

Histopathologische Untersuchung-Hautkrebscreening (QS-Vereinbarung Histopathologie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

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.
- Der ausführende Arzt 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 -bitte beifügen-

Fachärzte für Pathologie:

- Facharzturkunde
- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten, davon
 - mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung
 - oder

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

- Teilnahme an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im vorgenannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt wird.

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

- Facharzturkunde
- Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“
- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten, davon
 - mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung oder
 - Teilnahme an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im vorgenannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt wird.

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.
- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung erfüllt werden (§ 4 Abs. 2 und Abschnitt C).
- an diesem Standort/den Standorten die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen besteht.

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