

## Antrag auf Genehmigung:

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- 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.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

#### 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       |

<sup>1</sup> 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