

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebscreenings gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>
---	---

Tätig in: Zulassung ab dem: _____

Anstellung

Ermächtigung

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

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

Beantragte Leistung	19315 EBM		
Fachliche Voraussetzungen	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten gemäß § 3 Abs. 1 a) Vorlage der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ und b) den Nachweis der persönlichen Befundung von mind. 6.000 dermatohistologischen Präparaten, davon c) mind. 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung oder durch Teilnahme an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte belegt wird oder an einer vom Umfang her entsprechenden KV-zertifizierten Fortbildung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Fachärzte für Pathologie gemäß § 3 Abs. 2 a) Vorlage der Facharztbezeichnung „Pathologie“ und b) den Nachweis der persönlichen Befundung von mind. 15.000 histopathologischen Präparaten, davon c) mind. 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung oder durch Teilnahme an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte belegt wird oder an einer vom Umfang her entsprechenden KV-zertifizierten Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparative Voraussetzungen	Die nachfolgend aufgeführten Anforderungen werden erfüllt gemäß § 4: ☞ Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ☞ Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mind. 6 Wochen ☞ Aufbewahren von Gewebelöckchen für mind. 2 Jahre ☞ Aufbewahrung der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mind. 10 Jahre Genehmigungsverfahren Ich erkläre hiermit, dass die Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 5 der Vereinbarung erfüllt werden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

	<p>Dokumentation gemäß § 7</p> <p>Die ärztliche Dokumentation hat mindestens die Angaben nach Anlage 1 in der Abfolge der nummerierten Textblöcke zu enthalten. Eine Kopie des Befundberichtes ist dem einsendenden Dermatologen zu übermitteln.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen.</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei ange- stellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt