

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und dem Vertrag zum Hautkrebs-Screening (Hausärzte)**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit dem BKK-LV NORDWEST						
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Anforderungen gemäß § 32 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem vom ZI zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm						
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>						
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.						
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>		ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

- Ich erkläre, ☛ die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zur Kenntnis genommen zu haben sowie die vollständige elektronische Dokumentation für Patienten ab dem 35. Lebensjahr sicherzustellen.
- ☛ den Vertrag zum Hautkrebs-Screening mit dem BKK-LV NORDWEST zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt