

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

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

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

### Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und den Verträgen zum Hautkrebs-Screening (Dermatologen)

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der AOK NordWest <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit dem BKK-LV NORDWEST <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Bosch BKK <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der iKK Die Innovationskasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der BARMER <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der HEK - Hanseatischen Krankenkasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der BIG direkt gesund
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Anforderung gemäß § 32 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bzw. § 3 der Verträge: Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm <b>-bitte beifügen-</b>
<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 der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <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>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	Ich erkläre, <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zur Kenntnis genommen zu haben sowie die vollständige elektronische Dokumentation für Patienten ab dem 35. Lebensjahr sicherzustellen.</li> <li>- die Verträge zum Hautkrebs-Screening mit den teilnehmenden Krankenkassen zur Kenntnis genommen zu haben.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt