

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der histopathologischen Untersuchung von Präparaten
im Rahmen des Hautkrebs-Screenings**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen der histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Histopathologie Hautkrebs-Screening und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen nach § 3

Ich verfüge über folgende Facharztbezeichnung:

- Facharzt für Pathologie
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermahistologie
 - Die Urkunde/n liegt/en der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

- Als **Facharzt für Pathologie** erkläre ich hiermit, dass ich persönlich mindestens 15.000 histopathologische Präparate befundet habe, davon:
 - mindestens 1.000 dermatologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor der Antragstellung oder
 - Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die Teilnahme innerhalb von 24 Monaten vor der Antragstellung an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung mit 8 Fortbildungspunkten oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung nach.
- Als **Facharzt für Haus- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermatohistologie** erkläre ich hiermit, dass ich persönlich mindestens 6.000 dermatohistologische Präparate befundet habe, davon:
 - mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor der Antragstellung.

oder

 - Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die Teilnahme innerhalb von 24 Monaten vor der Antragstellung an einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung mit 8 Fortbildungspunkten oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung nach.

Nachweis der apparativen Ausstattung und Archivierung nach § 4

Werden die histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings an mehreren Betriebsstätten oder Nebenbetriebsstätten durchgeführt, sind die genannten Anforderungen mindestens einmal nachzuweisen.

Die Durchführung der histopathologischen Untersuchungen erfolgen an der Betriebsstätte:

- Hauptpraxissitz
- MVZ-Sitz
- Nebenbetriebsstätte

unter der Anschrift: _____

Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gewährleistet.

Ich nutze folgende Geräte:

Gerätename: _____

und

folgende Archivierungsmöglichkeiten sind gewährleistet:

- Aufbewahrung von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen
- Aufbewahrung von Gewebeblöcken für mindestens 2 Jahre
- Aufbewahrung der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens 10 Jahre

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Leistungserbringung, die Auflagen für die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 5, die Teilnahme an Fallkonferenzen gemäß § 6 sowie an die Dokumentationen gemäß der §§ 7 und 8 der Vereinbarung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung vor Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung insbesondere betreffend die apparative Ausstattung werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte