

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen des Hautkrebsscreenings**

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 von Maßnahmen der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich tätig
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor
ist diesem Antrag als Anlage beigefügt

und

- Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die erfolgreiche Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten achtstündigen Fortbildungsprogramm nach.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) betreffend die konkrete Leistungserbringung sowie an die elektronische Dokumentation gemäß § 34 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

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