

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-385
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen des „Hautkrebs-Screenings“

gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL“

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
--	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <p>_____</p> <p>Name des Krankenhauses</p>																				

<p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>_____</p> <p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p> <p>_____</p>	<p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p> <p>_____</p>
---	---

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 01745 EBM – Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Leistungsort

- Betriebsstätte
 Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Bei mehreren vorhandenen Nebenbetriebsstätten an weiteren Standorten (z. B. üBAG) bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

- Ausgelagerter Praxisraum
 Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt

Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Qualifikation gemäß Abschnitt D, Punkt II., §§ 31, 32 KFE-RL:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Praktische Ärztinnen und Ärzte und Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
 Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

UND

- Nachweis über die Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Dokumentation und Evaluation gem. Abschnitt D, Punkt II., §§ 34 und 35 KFE-RL.**

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung des Hautkrebs-Screening im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung und der KFE-RL. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)