

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt werden die Leistungen zur Früherkennungsuntersuchung von Hautkrebs gemäß den Gebührenordnungspositionen des EBM.

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztlicher tätiger Internist)
- Praktischer Arzt
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.3 Nachweis einer achtstündigen KV-zertifizierten Fortbildungsveranstaltung „Hautkrebsfrüherkennung“ gemäß § 32 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie **für Hausärzte obligatorisch**. Für Dermatologen ist der Nachweis nicht erforderlich.

liegt der KVS vor im Original beigelegt

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

Der Leistungserbringer erklärt, dass er in seiner Praxis ein für die Durchführung der Leistung entsprechendes Auflichtmikroskop/Dermatoskop vorhält.

4 Hinweise

Mit Antragsabgabe erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

(Arztstempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (siehe Seite 1 oben)