

		ı		
		ı		
		ı		
		ı		
		ı		
		ı		
		ı		
Doetoingangenummer RCST				

Posteingangsnummer BGST von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchung von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (GOP 19315)

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings" (Histopathologie Hautkrebs-Screening) vom 12. August 2009

Antragsteller/-in: (bei angestelltem Arzt ist dies de Vertretungsberechtigte)	r Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-
Leistungserbringe (sofern abweichend vom Antrags	r/-in: steller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)
LANR:	IIIIII
Ärztliche Tätigkeit als Facharzt für:	
Tätigkeit im Rahm	en einer:
Niederlassung Angestelltentätig Ermächtigung Vertretung	gkeit Sicherstellungsassistenz für Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für
Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im	n Arztregister der KVS erfasst)
Straße, Nr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	
Die Genehmigung	wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:
1. BSNR: _	I_I_I_I_I_I_I Adresse:
2. BSNR: _	I_I_I_I_I_I_I Adresse:
3. BSNR:	I

ANT-Histop_HKS-14.07.2021 Seite 1/3

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von histopathologischen Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings.

2	Fachliche Voraussetzungen			
2.1 Facharzt				
	FA für PathologieFA für Haut und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie			
	Facharzturkunde und ggf. Urkunde über das Führen der Zusatzbezeichnung:			
	☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt			
2.2 Genehmigung (anderer) KV				
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt			
2.3	Nachweis fachliche Befähigung			
2.3.1 FA für Pathologie				
	Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten davon mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung			
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt ☐ Selbsterklärung unter 5.			
	ODER			
	Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten			
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt ☐ Selbsterklärung unter 5.			
	UND			
	Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung (mind. 8 Fortbildungspunkte)			
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt			
2.3.2 FA für Haut und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie				
	Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 histopathologischen Präparaten			
	davon mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung			
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt ☐ Selbsterklärung unter 5.			
	ODER			
	Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 histopathologischen Präparaten			
	☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt ☐ Selbsterklärung unter 5.			
	UND			
	Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung (mind. 8 Fortbildungspunkte)			

ANT-Histop_HKS-14.07.2021 Seite 2/3

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

3 Apparative und räumlich/organisatorische Voraussetzungen

3.1 Erklärung

- Gewährleistung der Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen
- Gewährleistung folgender Archivierungsmöglichkeiten:
 - 1. Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen
 - 2. Aufbewahren von Gewebeblöckchen für mindestens 2 Jahre
 - 3. Aufbewahren der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens 10 Jahre

4 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt 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 bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

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

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, 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.

Der Antragssteller gibt mit Antragsabgabe sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach 9 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen. Die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen kann von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden.

Folgende Auflagen nach Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung sind zu erfüllen:

- Der jährliche Nachweis der persönlichen Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (Anlage 1 zu diesem Antrag).
- Einholung einer Zweitmeinung in Fällen einer nicht eindeutigen Diagnose und Dokumentation des abschließenden Konsens bzw. der ggf. abweichenden Zweitmeinung auf dem Befundbericht.
- Die Einhaltung der standardisierten Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (siehe Anlage 1 über Inhalte der ärztlichen Dokumentation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung).
- Im Rahmen von Stichproben k\u00f6nnen die Vollst\u00e4ndigkeit und Nachvollziehbarkeit der \u00e4rztlichen Dokumentation der histopathologischen Befundung angefordert und \u00fcberpr\u00fcft werden.

5 Nachweisersetzende Erklärung

Der Antragsteller erklärt das Vorliegen der apparativen und räumlich/organisatorischen Voraussetzungen unter 3.1.

Sofern Nachweise persönlicher Befundungen über die unter 2.3.1 oder 2.3.2 genannten Präparate nicht vorgelegt werden, erklärt und bestätigt der Antragsteller mit nachfolgender Unterschrift die Durchführung der entsprechenden Anzahl befundeter Präparate im Rahmen der Facharzt- bzw. Zusatzweiterbildung.

Ort, Datum	Unterschrift (Antragsteller/in bzw. Leistungserbringer/in	(Arztstempel)

ANT-Histop_HKS-14.07.2021 Seite 3/3