

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

Name:

LANR: BSNR:

Praxisanschrift:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für /
(Gebiet) (Datum)

Schwerpunkt: seit:

Zusatzbezeichnung: seit:

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....
(N)BSNR, Name(n)

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....
(N)BSNR, Name(n)

ermächtigte(r) Krankenhausärztin/-arzt, Name des Krankenhauses:

.....

Nachweis der fachlichen Qualifikation

1. Fachärzte für Pathologie, vgl. § 3 Nr. 1 QSV

- Facharztbezeichnung Pathologie

und

- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten,

davon

- mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung auf Genehmigung

oder

- Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte belegt wird

oder

- Nachweis durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung

2. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, vgl. § 3 Nr. 2 QSV

- Facharztbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermatohistologie

und

- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistopathologischen Präparaten

davon

- mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung auf Genehmigung

oder

- Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte belegt wird

oder

- Nachweis durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung

Apparative Ausstattung und Archivierung

- Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen

und

die folgenden Archivierungsmöglichkeiten zur Aufbewahrung werden gewährleistet:

- formalinfixiertes Restgewebe für mindestens 6 Wochen
 Gewebelöckchen für mindestens 2 Jahre
 Schnitte und schriftliche Befunde für mindestens 10 Jahre

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung nach § 4 und Abschnitt C der Vereinbarung erfüllt werden.
- ich mit einer ggf. stattfindenden Begehung meiner Praxisräume zur Überprüfung der apparativen und organisatorischen Anforderungen (§ 9 Abs. 5) durch die von der KV Nordrhein beauftragte Qualitätssicherungskommission einverstanden bin

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der **Anstellung**
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.