



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Teilnahmeerklärung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens (Hanseatische Krankenkasse HEK)

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1 Fachliche Befähigung nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) i.d.F. vom 16.12.2010

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und

Nachweis einer achtstündigen KV-zertifizierten Fortbildungsveranstaltung
„Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ **für alle Ärzte obligatorisch** (bitte beilegen)

2 Erklärung

Durch nachstehende Unterschrift wird erklärt, dass bei der Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs alle Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA beachtet werden.

Außerdem verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des o.g. Vertrages zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)