

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 für histopathologische Untersuchungen im Hautkrebs-Screening

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening)

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

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 19315 EBM – Histopathologische Untersuchung

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

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

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

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.

Fachliche Befähigung gem. § 3 QS-Vereinbarung

- Berechtigung zum Führen der 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 oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt wird.

oder

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ **und**
 Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten, davon
 mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung oder Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch 8 Fortbildungspunkte oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt wird.



Apparative Ausstattung und Archivierung gem. § 4 QS-Vereinbarung

- Die geforderten Archivierungsmöglichkeiten sind gegeben für:
 - die Aufbewahrung von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen
 - die Aufbewahrung von Gewebeblöckchen für mindestens 2 Jahre
 - die Aufbewahrung der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens 10 Jahre
- Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gegeben.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

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

- **Apparative Ausstattung und Archivierung gemäß § 4 QS-Vereinbarung**
- **Aufrechterhaltung der Genehmigung nach Abschnitt C der QS-Vereinbarung.**

Es ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchung von Präparaten im Hintergrund des Hautkrebs-Screenings im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung 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, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening. 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)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening entsprechen, wird erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller