



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: Histopathologie@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 165

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

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ / _____
(Gebiet) (Datum)

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV
mit _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing)
mit _____

Praxisgemeinschaft
mit _____

Zulassung/Ermächtigung ab: _____

Nachweis der fachlichen Qualifikation

- 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 durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung

oder

- 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 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 der Vereinbarung erfüllt werden.

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.