

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/631847

**A N T R A G**  
**zur Ausführung und Abrechnung der**  
**Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs**

Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

**I. Angaben zum Leistungserbringer**

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang GOP - EBM

### Leistungslegende

- 01745** Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie **für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten**
- 01745** Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie **für hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung**
- 01746** Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie **für hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung**

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja  nein

- Ich besitze den Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm

und bin

- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- hausärztlich** tätiger Facharzt für Allgemeinmedizin, Internist, Praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung

**Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

## IV. Apparative Voraussetzungen

- Ein Auflichtmikroskop/Dermatoskop steht in der/den unter I. genannten Betriebsstätte(n) zur Verfügung.

## V. Allgemeines

- Leistungen zum Hautkrebs-Screening dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-  
tragsarzt, MVZ, Institut)