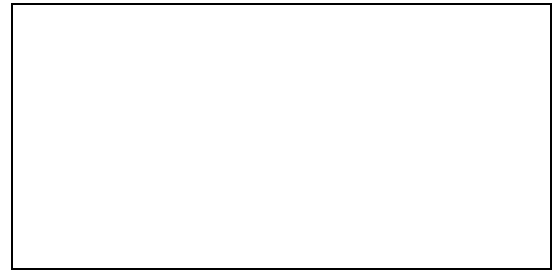


Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abt. Qualitätssicherung
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



Arztstempel

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf
Hautkrebs gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Name der Antragstellerin / des Antragstellers: _____

Ich bin Fachärztin / Facharzt für _____

Zum Nachweis meiner fachlichen Befähigung liegen diesem Antrag folgende
Unterlagen bei:
(BITTE ANKREUZEN)

- Facharztbezeichnung: Die entsprechenden Urkunden/Nachweise liegen der KV- Hamburg bereits vor
 - Hausarzt
 - Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

- Nachweis der Teilnahme an einem von der KV-Hamburg anerkannten zertifizierten 8-stündigen Fortbildungsprogramm zum Hautkrebsscreening nach den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Ort / Datum

Unterschrift des Antragsteller/in