

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Eisenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

**Teilnahmeerklärung
zu den Verträgen zur Durchführung einer
Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für Versicherte unter 35 Jahre**

1. Allgemeine Angaben

Nur für Dermatologen

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Nur für Dermatologen

Die Antragstellung erfolgt für

- den Antragsteller persönlich *oder*
 den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

2. Teilnahmeerklärung

Erklärt wird die Teilnahme an folgenden Verträgen:

Vertrag nach § 140a SGB V zur Durchführung einer Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für Versicherte unter 35 Jahre zwischen der KVB und der/dem
<input type="checkbox"/> Barmer
<input type="checkbox"/> BIG direkt gesund
<input type="checkbox"/> Bosch BKK
<input type="checkbox"/> Hanseatische Krankenkasse
<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT
<input type="checkbox"/> Siemens Betriebskrankenkasse
<input type="checkbox"/> Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als LKK
<input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse
<input type="checkbox"/> VIACTIV Krankenkasse

3. Teilnahmevoraussetzungen

<input type="checkbox"/> Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für über 35-Jährige nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL)	 
<input type="checkbox"/> Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrages mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen sowie die dem Antrag zugrundeliegenden Verträge ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.	

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztanerkennung „Haut - und Geschlechtskrankheiten“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Genehmigungsbescheid HKS für Versicherte ab 35 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahmeerklärung – Anhang



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Vertragsmodalitäten der einzelnen Krankenkassen:

Für alle gilt:

- Leistungsanspruch: alle 2 Jahre
- Anspruchsberechtigte Patienten: bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

Leistungsumfang bei BARMER, BIG direkt gesund und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als LKK:

- Anamnese,
- körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines), sofern medizinisch empfehlenswert inkl. Auflichtmikroskopie,
- erstmalige Hautbestimmung,
- Beratung über Ergebnis,
- vollständige Dokumentation

Leistungsumfang bei Techniker Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse, KNAPPSCHAFT, Siemens Betriebskrankenkasse, Bosch BKK und VIACTIV Krankenkasse:

- Anamnese,
- körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines), sofern medizinisch empfehlenswert inkl. Auflichtmikroskopie,
- Beratung über Ergebnis,
- vollständige Dokumentation

Im Übrigen besteht die Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation entsprechend der Genehmigung zum Hautkrebscreening nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass Ihnen bei unvollständigen Angaben die Teilnahme an den Verträgen abgelehnt werden kann.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mitzuunterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inklusive akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Betriebsstätte, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe der Fachgruppe und der Telefonnummer auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausch dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zwischen KVB und den Krankenkassen, an deren Verträgen ich teilnehme. Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztuche unter <https://arztsuche.116117.de/>.

Mit ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Die Teilnahme an diesen Verträgen kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesen Verträgen ist auf dessen Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem diese endet, sowie mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Darüber hinaus endet die Teilnahme an diesen Verträgen mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen.

Ruht die vertragsärztliche Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesen Verträgen.