

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Gilbrich Tel.: 0385-7431-249
Fax: 0385-7431-66-249
Postfach 160145
19091 Schwerin

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung Hautkrebs-Screening

Name Vorname.....

FA für

Praxisanschrift

Arzt-Nr. / BST-Nr.LANR

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
Früherkennungsuntersuchung Hautkrebs-Screening. Die Abrechnungsgenehmigung ist an die
Teilnahme an einem 8-stündigen Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening gebunden.
Der Nachweis meiner Teilnahme am 8-stündigen Fortbildungsprogramm liegt in Form einer
Kopie meines Zertifikates anbei.

(Bitte nicht die Teilnahmebestätigung von der Ärztekammer!)

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

Wichtiger Hinweis: bitte beachten Sie, dass die Genehmigung erst ab dem postalischen
Eingangsdatum des Antrages und der Kopie Ihres Zertifikates (in der KVMV) erteilt werden
kann !!!