KV SAAR LAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	**Antrag** **Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs** (Versicherte unter 35 Jahren)	Dezernat Versorgung Stand 03.06.2025 QM-Nr. II.09.2.1 Seite 1 von 3

Allgemeiner Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen und beinhaltet keine Wertung.

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Dezernat Versorgung- Fachbereich Qualitätssicherung
Europaallee 7 – 9
66113 Saarbrücken

Antrag auf Teilnahme an den Verträgen zur Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte unter 35 Jahren (BARMER, Bosch BKK, HEK, IKK Südwest, TK, KNAPPSCHAFT)

Leistungserbringer

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

✉ Anschrift _____

@ E-Mail-Adresse _____ ☎ Telefonnummer _____

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ ☐ niedergelassen ☐ angestellt ☐ ermächtigt

☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Einrichtung

Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung _____

☐ Praxisübernahme von: _____
Name, Vorname

Teilnahme an ☐ hausärztlicher Versorgung ☐ fachärztlicher Versorgung

im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung _____

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

✉ Anschrift _____ BSNR _____

✉ Anschrift _____ BSNR _____

© Copyright Kassenärztliche Vereinigung Saarland

✉ Anschrift	BSNR
✉ Anschrift	BSNR

Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

☐ Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte unter 35 Jahren (GOP 98200)

Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

☐ Ich bin Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Bitte Urkunde beifügen.)

Hinweise

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.
Anträge auf Teilnahme an den vorgenannten Verträgen für angestellte Ärzte sind vom Leiter des MVZ bzw. vom anstellenden Arzt und für die Einrichtung vom leitenden Arzt zu stellen.
Jede Veränderung ist der KVS unverzüglich anzuzeigen.

Erklärung des Antragstellers

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- Ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze,
- Ich die Voraussetzungen als teilnehmender Arzt erfülle und Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten bin,
- Ich alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen werde, die die KVS zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt.
- Ich die Datenschutzinformationen nach Art. 13 und 14 DSGVO gelesen habe und ich die Einwilligung dazu erteile, dass die Vertragspartner meine oben genannten Daten zum Zwecke der Durchführung der vorgenannten Verträge erheben und verarbeiten dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf führt zum Ausschluss der weiteren Teilnahme an den Verträgen. Eine (Teil-)Löschung der Daten führt ebenso zum Widerruf.

Sonstiges:

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 95 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet.
Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: https://www.kvsaarland.de/datenschutz.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum	Unterschrift Leistungserbringer	ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum	Unterschrift anstellender Arzt bzw. Ärztlicher Leiter des MVZ	Stempel