

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

# Erklärung

über die Teilnahme und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGBV über die Durchführung von ergänzenden Hautkrebs-Screening-Maßnahmen (nur für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

**Antragstellung für:**

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)  
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/hks](http://www.kvbawue.de/hks)

Ich beantrage die Teilnahme an den Verträgen für Versicherte folgender Krankenkassen:

- |                          |   |        |
|--------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | AOK BW (nach § 140a SGB V)<br>Hautkrebsscreening, GOP 99841<br>Auflichtmikroskopie, GOP 99842   | {HKZ1} |
| <input type="checkbox"/> | Barmer (nach § 140a SGB V)<br>Hautkrebsscreening inkl. Auflichtmikroskopie, GOP 99843   | {HKZ2} |
| <input type="checkbox"/> | BKK Landesverband Süd (nach § 140a SGB V)<br>(teilnehmende BKKen siehe <a href="http://www.kvbawue.de/hks/">www.kvbawue.de/hks/</a> )<br>Hautkrebsscreening, GOP 99841<br>Auflichtmikroskopie, GOP 99842                              | {HKZ3} |
| <input type="checkbox"/> | Bosch BKK (nach § 140a SGB V)<br>Hautkrebsscreening, GOP 99841<br>Auflichtmikroskopie, GOP 99842  | {HKZ4} |
| <input type="checkbox"/> | Hanseatische Ersatzkasse (nach § 140a SGB V)<br>Hautkrebsscreening inkl. Auflichtmikroskopie, GOP 99843   | {HKZ5} |
| <input type="checkbox"/> | Mercedes-Benz BKK (nach § 140a SGB V)<br>gilt auch für beigetretene BKKen (teilnehmende BKKen siehe <a href="http://www.kvbawue.de/hks/">www.kvbawue.de/hks/</a> )<br>Hautkrebsscreening, GOP 99841<br>Auflichtmikroskopie, GOP 99842 | {HKZ8} |
| <input type="checkbox"/> | SVLFG (nach § 140a SGB V)<br>Hautkrebsscreening, GOP 99841<br>Auflichtmikroskopie, GOP 99842  | {HKZ6} |
| <input type="checkbox"/> | Techniker Krankenkasse (nach § 140a ff SGB V)<br>Hautkrebsscreening inkl. Auflichtmikroskopie, GOP 99843  | {HKZ7} |



## Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahme in der KVBW-Arztsuche unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt