

Teilnahmeerklärung Lungenkrebs-Screening

-Zuweiser-

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Fachliche Qualifikation

- ☐ Nachweis über die Teilnahme an einem von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildungskurs für die Lungenkrebsfrüherkennung
- ☐ Facharzt für Allgemeinmedizin
- ☐ Facharzt für Innere Medizin

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

EBM GOP

- ☐ 01875 Erstellung eines Berichts entsprechend der Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- ☐ 01876 Erstberatung zur Teilnahme an der Früherkennung von Lungenkrebs

V. Rechtlicher Hintergrund

Verordnung zur Lungenkrebs-Früherkennung (LuKrFrühErkV) sowie Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL)

Die Eingangsbestätigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erstellt werden.

Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**