

Hautkrebs-Screening Seminar

Inhalt

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde zum 01.07.2008 um eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ergänzt. Einen Anspruch auf diese Untersuchung haben Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre. Die Früherkennungsuntersuchung kann von Hausärzten sowie Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung durch die KVN erhalten haben. Voraussetzung für die Genehmigung ist der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer von der KVN anerkannten 8-stündigen Fortbildungsveranstaltung nach dem Curriculum nach Prof. Eckhard W. Breitbart. Sie erhalten 4 Wochen vor Seminarbeginn einen "Studienbrief" (Bestandteil des Schulungsmaterials) zur Vorbereitung.

Schwerpunkte

- Ätiologie des Hautkrebs, Krankheitsbilder, Häufigkeit, Risikofaktoren oder -gruppen, gezielte Anamnese
- Visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion
- Potentieller Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen, Kriterien zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen
- Maßnahmen zur Ansprache der Versicherten
- Programm der Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung und frühzeitige Sensibilisierung des Patienten (Das gesetzliche Programm der KFU/GU)
- Vorstellung und Diskussion von Fallbeispielen
- Dokumentationsmaßnahmen und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Referenten:	Prof. Eckhard W. Breitbart
Zielgruppe:	Hausärzte*innen
Teilnehmeranzahl:	31
Seminartermin:	Samstag, 15. Juni 2019, 9 bis 18 Uhr
Seminarort:	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
Fortbildungspunkte:	11
Teilnehmergebühr:	168 Euro pro Person inklusive Verpflegung
Anmeldung:	Nadine Hartmann KVN Bezirksstelle Hannover
Straße Hausnr.	Schiffgraben 26
PLZ Ort	30175 Hannover
Telefon	0511 380-4454
Telefax	0511 380-4632
E-Mail	nadine.hartmann@kvn.de

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit _____ Person/en teil.

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.