

## Hautkrebs-Screening für Hausärzte nach Prof. E. W. Breitbart

### Inhalt

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde mit Wirkung 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.

Sie erhalten 4 Wochen vor Seminarbeginn einen "Studienbrief" (Bestandteil des Schulungsmaterials) zur Vorbereitung. Der Studienbrief wird Ihnen zusammen mit der Seminarrechnung vier Wochen vor Beginn übersandt. Aus diesem Grund bitten wir Sie um rechtzeitige Anmeldung bis spätestens 16.08.2019.

### Schwerpunkte

- potenzieller Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen, Kriterien zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen
- Programm der Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung und frühzeitige Sensibilisierung des Patienten
- Maßnahmen zur Ansprache der Versicherten
- Ätiologie des Hautkrebs, Krankheitsbilder, Häufigkeit, Risikofaktoren oder -gruppe, Anamnese, standardisierte visuelle Ganzkörperinspektion, Blickdiagnostik
- Ablauf der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
- Vorstellung und Diskussion von Fallbeispielen
- Dokumentationsmaßnahmen, interdisziplinäre Zusammenarbeit

Referenten:	Dr. med. Rieth-Kunert, Prof. Dr. med. Breitbart
Zielgruppe:	Hausärzte*innen
Teilnehmeranzahl:	20
Seminartermin:	Samstag, 28. September 2019, 08:30 bis 17 Uhr
Seminarort:	KVN Bezirksstelle Stade Am Bahnhof 20 21680 Stade
Teilnehmergebühr:	168 Euro pro Person inklusive Verpflegung
Anmeldung:	Jeanette Hellwege KVN Bezirksstelle Stade
Straße Hausnr.	Am Bahnhof 20
PLZ Ort	21680 Stade
Telefon	04141 4000-101
Telefax	0511 380-4642
E-Mail	jeanette.hellwege@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.**