



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Fax: 069 24741-68819

SELBSTERKLÄRUNG

Auflage für die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach Abschnitt C (§ 5)
Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening

Ich erkläre hiermit, dass für den Zeitraum

vom bis

die Befundung von dermatohistologischen Präparaten

durch mich persönlich erfolgt sind.

Ich versichere, dass die in dieser Selbsterklärung gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Arztstempel

.....
LANR

.....
Name des Arztes in Druckbuchstaben