



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
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**