

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Anlage

zum Antrag auf **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Zervix-Zytologie

Abschnitt 1

Bestätigung des Laborleiters / anleitenden Arztes zur Erfüllung der Anforderungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Zervix-Zytologie

Der/die Antragsteller/in
Name _____, Vorname _____
war in meinem zytologischen Labor _____ (Name der Einrichtung)
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung
<input type="checkbox"/> vom _____ bis _____ ganztätig
<input type="checkbox"/> vom _____ bis _____ berufsbegleitend
tätig.

Abschnitt 2

Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an Untersuchungen unter Anleitung eines Arztes, der die Voraussetzungen für die fachliche Befähigung zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri erfüllt sowie mindestens 2 Jahre in der gynäkologisch-zytologischen Diagnostik tätig gewesen ist.

Ich _____
(Vor- und Nachname des Laborleiters / anleitenden Arztes)

bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____
(Vor- und Nachname des Antragstellers)

die unten aufgeführten Untersuchungen **unter meiner Anleitung / unter Anleitung von**

Herrn/Frau _____
(Vor- und Nachname)

durchgeführt hat.

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Untersuchungen und Beurteilungen

- Er / sie hat in dieser Zeit insgesamt _____ **(Anzahl einfügen)** Fälle aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie persönlich beurteilt.
- In diesen waren _____ **(Anzahl einfügen)** Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien enthalten.

2. Qualifikation zur Anleitung und Voraussetzungen des zytologischen Labors

- Hiermit bestätige ich, dass ich als anleitender Arzt/der anleitende Arzt, Herr/Frau _____,
(Vor- und Nachname)
- über die fachliche Befähigung zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri verfüge/verfügt und seit mindestens 2 Jahren in der gynäkologisch-zytologischen Diagnostik tätig bin/ist.

Hiermit bestätige ich, dass mein/unser zytologisches Labor folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Die Einrichtung verfügt über eine **Lehrsammlung mit mindestens 200 Präparaten**, in der eine repräsentative Auswahl von Präparaten enthalten ist, die negative, unklare und positive Zellbilder beinhaltet.


und

In der Einrichtung werden **jährlich mindestens 12.000 Fälle** beurteilt.

oder (Nur, falls die Einrichtung zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhält.)


In der Einrichtung werden jährlich **mindestens 6.000 Fälle** befundet, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Laborleiters / anleitenden Arztes 

Stempel Labor

Ort, Datum

Unterschrift des Klinikleiters 

Stempel Klinik