

**Antrag auf Genehmigung:
Abklärungskolposkopie (QS-Vereinbarung Abklärungskolposkopie)**

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arzregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arzregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Nachweis von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien und invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten

Hinweis: Der Nachweis gilt auch dann als erbracht, wenn eine klinische Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten nachgewiesen wird.

sowie

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Kolposkopie-Diplom
oder
- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs von 8 Stunden und einem Fortgeschrittenkurs von 14 Stunden oder einer in Inhalt und Umfang gleichwertigen Qualifikation
und
- Nachweis von Kenntnissen (z. B. Fort- und Weiterbildung) operativen Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen

Apparative Voraussetzungen

- analoges Kolposkop** (mit binokularer Befundung/Beurteilung)
- digitales Kolposkop** (mind. Bildqualität und Auflösung wie bei analogen Geräten)
- Kombisystem**

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- in der Vereinbarung aufgeführten apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen dauerhaft erfüllt werden (§§ 4 und 5).
- Anforderungen zu Leistungen und Befundung der Abklärungskolposkopie erfüllt werden (§ 6).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

Unterschrift(en)

_____ Datum

_____ ggf. Praxisstempel

_____ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

_____ Angestellte Person