

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 oder
<input type="checkbox"/> vom _____ bis _____ berufsbegleitend
in der zytologischen Diagnostik tätig.

Abschnitt 2

Nachweis über die selbständige Durchführung der **geforderten Anzahl an Untersuchungen / Beurteilungen** nach § 3 Abs. 1 Nr. 1, 3. Alt. QSV Zervix-Zytologie **unter Anleitung** eines nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 QSV Zervix-Zytologie **qualifizierten Arztes**, in einem **zytologischen Labor**, das die Mindestanforderungen nach § 3 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 QSV Zervix-Zytologie erfüllt.

Ich

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

bestätige mit meiner Unterschrift, dass

Herr/Frau _____ (Titel, Vor- und Nachname des Antragstellers)

die unten aufgeführten Untersuchungen unter meiner Anleitung / unter Anleitung von

Herrn/Frau _____ (Titel, Vor- und Nachname des Anleiters)

durchgeführt hat.

1. Selbständig und unter Anleitung durchgeführte Untersuchungen und Beurteilungen

- Er / sie hat in der unter Abschnitt 1 angegebenen Zeit insgesamt **persönlich beurteilt**:
- _____ (Anzahl) **Fälle aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie** sowie
 - _____ (Anzahl) **zytologische Untersuchungen unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren** einschl. des Abgleichs mit dem morphologischen Befund.
- In diesen waren
- _____ (Anzahl) **Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien, und davon**
 - _____ (Anzahl) unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren enthalten.

2. Qualifikation zur Anleitung und Voraussetzungen des zytologischen Labors

- Hiermit bestätige ich, dass ich als anleitender Arzt/der anleitende Arzt,**
- Herr/Frau _____ (Titel, Vor- und Nachname)
- über die **fachliche Befähigung zur zytologischen Untersuchung einschl.** der Anwendung von **immunzytochemischen Sonderverfahren** einschl. dem Abgleich mit dem morphologischen Befund von Abstrichen der Cervix 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** – davon **20** unter **Anwendung von immunzytochemischer Sonderverfahren**, 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** – davon **1000 unter Anwendung von immunzytochemischer Sonderverfahren** beurteilt.

oder

(nur relevant, 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