

Anlage zum Schreiben vom Datum

PERSÖNLICHER EINZELNACHWEIS

gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 der QS-Vereinbarung Abklärungskolposkopie über mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten.

Name, Vorname

Zeitraum

Hiermit bestätige ich, dass ich die nachfolgenden Untersuchungen selbstständig durchgeführt habe. Ich bin einverstanden, dass im Einzelfall Einsicht durch die Kassenärztliche Vereinigung in die pseudonymisierte Befunddokumentation genommen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Anlage zum Schreiben vom Datum

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum Primärescreening Zytologie/HPV	Datum der Abklärungskolposkopie	Diagnose nach Nomenklatur RIO 2011	Histologie (Knips/Stanzbiopsie/ECC)
<i>Fall 1</i>	<i>123456789</i>	<i>XX.XX.2020 PAP IIp/HPV+</i>	<i>XX.XX.2020</i>	<i>minor</i>	<i>LSIL/CIN I</i>
<i>Fall 2</i>	<i>234567891</i>	<i>XX.XX.2020 PAP IVa-p/HPV+</i>	<i>XX.XX.2020</i>	<i>major</i>	<i>HSIL/CIN III</i>
<i>Fall 3</i>	<i>345678912</i>	<i>XX.XX.2020 PAP IIIp/HPV-</i>	<i>XX.XX.2020</i>	<i>major</i>	<i>HSIL/CIN II</i>
<i>Fall 4</i>	<i>456789123</i>	<i>XX.XX.2020 PAP IIp/HPV+</i>	<i>XX.XX.2020</i>	<i>minor</i>	<i>LSIL/VAIN1</i>
<i>Fall 5</i>	<i>567891234</i>	<i>XX.XX.2020 PAP IIIg</i>	<i>XX.XX.2020</i>	<i>major</i>	<i>HSIL/CIN III</i>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

Anlage zum Schreiben vom Datum

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum Primärescreening Zytologie/HPV	Datum der Abklärungskolposkopie	Diagnose nach Nomenklatur RIO 2011	Histologie (Knips- /Stanzbiopsie/ECC)
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					