



## A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der  
**Abklärungskolposkopie** gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungs-  
maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V



**Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder  
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.**

### Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:  
**oder** persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

### Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

## Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV  erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

## Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte fügen Sie als **Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen die nach der Vereinbarung geforderten Zeugnisse / Bescheinigungen zu den nachfolgenden Punkten dem Antrag bei, damit ohne zeitliche Verzögerung eine Prüfung erfolgen kann.

1. Vorlage eines gültigen Zertifikates des Institutes OnkoZert „Gynäkologische Dysplasie-Einheiten und –Sprechstunden

**oder**

2. Nachweis

des Erwerbs des Kolposkopiediploms der AG CPC

**oder**

der erfolgreichen Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs (8 Std.) und einem Fortgeschrittenenkurs (14 Std.)

**oder**

einer in Inhalt und Umfang gleichwertigen Qualifikation (vgl. Anlage 1 und 2 der QS-Vereinbarung)

**und**

der Durchführung von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinomen aus den letzten 12 Monaten vor Antragstellung

**oder**

der Absolvierung einer klinischen Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit dem Schwerpunkt „Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung

**und**

von Kenntnissen (z. B. Fort- und Weiterbildungen) operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen

*(Der Nachweis gilt bei Vorlage des Kolposkopiediploms der AG CPC als nachgewiesen)*

## Apparative Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung werden erfüllt:

- Ein gynäkologischer Stuhl ist vorhanden

### Angaben zum genutzten Kolposkop:

Gerätebezeichnung:

(Bitte angeben)

Hersteller:

(Bitte angeben)

Baujahr:

(Bitte angeben)

Vergrößerungsstufen/  
Vergrößerungen:

(Bitte angeben)

- Das Kolposkop verfügt über mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7 und 15-fach und eine Lichtquelle

Es handelt sich um ein

**analoges** Gerät mit der Möglichkeit einer direkten binokularen Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit.

**oder**

**Kombisystem** mit der Möglichkeit einer binokularen Befundung / Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto- oder Videokolposkop)

**oder**

**digitales** Gerät:

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene technische Datenbogen/ Gewährleistungsgarantie mit den Angaben zum digitalen Koloskop sowie eine pseudonymisierte Bilddatei und ein geeigneter Bildausdruck eines abnormen Befundes sind beigelegt.

ist dem Antrag beigelegt

wird nachgereicht

liegt der KV bereits vor

## Kooperation

Ich bestätige die Kooperation mit mindestens einer der nachfolgend genannten Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist.

### A.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

### B.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

### C.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Mit der/den v. g. Einrichtung/en wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:

### Ich verpflichte mich,

- die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen.
- die in § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zu erfüllen und den Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.

### Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung

- den Nachweis der in den §§ 4 bis 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Anforderungen verlangen kann.
- gemäß § 8 Abs. 5 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.
- meinen Namen und meine Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL veröffentlicht.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!  
(ggf. Vertragsarztstempel)