



Ergänzende Bescheinigung

zur Vorlage bei der KVWL

Anlage zum Antragsverfahren zur **Abklärungskolposkopie**

Herr / Frau Dr. med.

Anschrift

Zeitraum von

bis

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich / der/die zuvor genannte Arzt/Ärztin in dem v. g. Zeitraum **mindestens 100 Abklärungskolposkopien** mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und **davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle** intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome selbstständig durchgeführt habe/hat.
- erkläre ich mein Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall Einsicht in die pseudonymisierte Befunddokumentation nehmen kann.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw.
des bescheinigenden Arztes
(ggf. Vertragsarztstempel)