



## A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
**zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri**  
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach  
§ 135 Abs. 2 SGB V

### Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes  
bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

**Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!**

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p><b>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</b></p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p><b>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</b></p>
LANR: <input type="text"/>	LANR: <input type="text"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):	
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 des zytologieverantwortlichen Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachliche Voraussetzung wird nachgewiesen durch die Facharztbezeichnung:

Pathologie

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen sind entsprechende Zeugnisse/  
Bescheinigungen beigefügt.

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Zeugnisse/Bescheinigungen  
sind der Zytologie-Vereinbarung zu entnehmen.

Wenn Sie Fragen haben, setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Der zytologieverantwortliche Arzt ist als Präparatebefunder  Arbeitsstunden  
pro Woche selbst tätig.

Im Zytologie-Labor sind unter der Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen  
Arztes Präparatebefunder tätig:

- nein (falls nein, dann bitte bei "räumliche und apparative Ausstattung" fortfahren)
- ja

## Fachliche Voraussetzung der nichtärztlichen Präparatebefunder

Eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung bzw. staatliche Prüfung als

- Zytologisch tätige (r) Assistent (in) ZTA und/oder
- Medizinisch-technische (r) Laboratoriumsassistent (in) MTL-A

ist nachzuweisen.

Darüber hinaus ist für jeden unten aufgeführten Präparatebefunder ein differenziertes Zeugnis beizufügen, das den Vorgaben der Vereinbarung entspricht.

	Name des Präparatebefunders	Wochenarbeitszeit in Stunden	Ausbildung ZTA	Ausbildung MTL-A
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Sofern weitere Präparatebefunder anzugeben sind, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt Papier

## Räumliche und apparative Ausstattung der Zytologie-Einrichtung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Der zytologische Arbeitsplatz verfügt über folgende Mindestausstattung:

Annahmebereich

Färberaum oder -bereich

Mikroskopieraum oder -bereich

Archivbereich

Lagerbereich

## Räumliche und apparative Ausstattung der Zytologie-Einrichtung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Der Färberaum oder -bereich ist vom übrigen Laborbereich räumlich getrennt. Die geltenden Vorschriften zum Umgang mit Gefahrenstoffen bzw. Arbeitsschutzvorschriften werden eingehalten.

Zum Mikroskopierraum oder -bereich gehört ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x und 12x Okularen.

Zum Zwecke der internen Fortbildung ist ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung vorhanden.

### Mit meiner Unterschrift

- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 11 Abs. 2 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann die Ausstattung der Einrichtung zu überprüfen.
- bestätige ich, die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes zu beachten.
- verpflichte ich mich, die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(ggf. Vertragsarztstempel)

***Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die KVWL im Bedarfsfall die bei der ÄKWL vorliegenden Zeugnisse anfordern kann.***

Unterschrift des Arztes, der die  
Leistungen durchführen möchte

# Anlage zum Antrag "zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri"

## Angaben zum Leistungsort

Bitte unbedingt ausfüllen, soweit der/die Leistungsort(e) bekannt ist/sind.

1. Die Leistung wird an folgenden Standorten der **Praxis/Gemeinschaftspraxis/ des MVZ/des Krankenhauses** durchgeführt:

(Bitte um Angabe der Adresse und der genauen Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Sollte es sich bei dem Standort um ausgelagerte Praxisräume handeln, bitte die nächste Seite unter 2. ausfüllen.

### A.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

BSNR (wenn bekannt): .....

### B.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

BSNR (wenn bekannt): .....

### C.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

BSNR (wenn bekannt): .....

### D.

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

BSNR (wenn bekannt): .....

## und/oder

2. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt  
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

BSNR (wenn bekannt): .....

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (*für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll*)