



## Antrag

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

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



**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 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**

Es wird eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung bzw. staatliche Prüfung als Zytologisch tätige (r) Assistent (in) ZTA **und/oder**

Medizinisch-technische (r) Laboratoriumsassistent (in) MTL-A nachgewiesen.

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**

Der zytologische Arbeitsplatz verfügt über folgende Mindestausstattung:

Annahmehbereich

Färberaum oder -bereich

Mikroskopieraum oder -bereich

Archivbereich

Lagerbereich

**Räumliche und apparative Ausstattung der Zytologie-Einrichtung**

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

Zum Mikroskopieraum 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**

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!  
(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*)



## Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

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

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich		für einen angestellten Arzt	
<b>Angaben des Antragstellers:</b>		<b>Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:</b>	
LANR:		LANR:	
<b>Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,</b> der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:			
Bezeichnung:			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			

**Ausgelagerte Praxisräume** sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung **spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**.

Bei der Aufteilung der Praxis auf Räumlichkeiten an mehreren Orten muss es sich aus Patientensicht um eine einheitliche Praxis handeln. Als „Einheitlichkeit“ ist daher eine Erreichbarkeit von **maximal 30 Minuten Fahrzeit** zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen zugrunde zu legen.

<b>Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:</b>			
Bezeichnung:			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
<b>Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:</b> Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
<b>Entfernung</b> zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
	km		Fahrzeit

