

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Kontakt: Sylke Schunicht
Telefon: (0221) 7763-8922
Telefax: (0211) 5970-33153
E-Mail: zervix-zytologie@kvno.de

Antrag auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten Anschrift des
Krankenhauses)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

Ich beantrage die Genehmigung für folgenden Standort:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Facharzt/ärztin für Gynäkologie / Pathologie

Ich bin Facharzt für
Gynäkologie
Pathologie

und füge dem Antrag einen Nachweis über eine mindestens halbjährige
ganztägige Tätigkeit oder eine vom Umfang her vergleichbare, maximal
zweijährige berufsbegleitende Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in
einem zytologischen Labor bei, das den Anforderungen nach § 3 Absatz 2 der
Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie entspricht, mit der
persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gynäkologischen
Exfoliativ-Zytologie, in denen - ggf. unter Einbeziehung einer Lehrsammlung min-
destens 200 Fälle von Zervixkarzinomen oder deren Vorstadien enthalten sind.

II. Präparate-Zytologie-Prüfung

Ich beantrage die Teilnahme an einer präparatebezogenen Zytologie-Prüfung.

III. Präparatebefunder

Ich bin als Präparatebefunder selbst tätig.
Die dafür aufgewendete Zeit beträgt _____ Wochenstunden.

und

in meiner Praxis / Einrichtung sind nachfolgend aufgeführte Präparatebefunder
(zytologisch tätige Assistenten/innen bzw. MTA-L) tätig.
Zeugnisse/Bescheinigungen werden dem Antrag in Kopie beigefügt.

Name:	Vorname:	Wochenarbeitszeit:

Ich gewährleiste, dass gem. § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie am
Mikroskop arbeitende (Präparate-)Befunder durchschnittlich nicht mehr als 10 Präparate pro
Arbeitsstunde befunden

IV. räumliche und apparative Ausstattung

Die Praxis/Einrichtung verfügt über folgende räumliche und apparative Ausstattung:

- Annahmehbereich
- Färberaum oder -bereich
- Mikroskopieraum oder -bereich
- Archivbereich
- Lagerbereich
- binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x- und 40x-Objektiven sowie den entsprechenden 10x- und 12x-Okularen
- Diskussionsmikroskop bzw. eine vergleichbare Einrichtung
- Der Färberaum oder -bereich ist vom übrigen Laborbereich räumlich getrennt.

V. Einverständniserklärung zur Praxisbegehung

Hiermit bestätige ich, dass ich die in der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie aufgeführten Anforderungen erfülle und bin zur Überprüfung der räumlichen und apparativen Anforderungen gemäß § 11 Abs. 2 dieser Vereinbarung mit einer Begehung meiner Praxisräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Qualitätssicherungskommission Zentrale Zytologie-Kommission einverstanden.

Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von zytologischen Leistungen versagt bzw. widerrufen werden kann.

Ich bestätige, dass ich alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen der KV Nordrhein **unverzüglich** mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes