

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung:

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Facharzt für
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfeoder
 - Pathologie

und

- Tätigkeitsnachweis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Fachliche Voraussetzung für Präparatebefunder ~~-bitte beifügen-~~

- Für die notwendigen Angaben zu den Präparatebefunder (§ 4 Abs. 2) nutzen Sie bitte die vorbereitete Anlage.

Erklärung

- Es wird versichert, dass die in der Vereinbarung aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen werde ich die KVSH zeitnah informieren (§ 5).
- Ich erkläre hiermit, dass die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung, insbesondere die Befundungsobergrenze gemäß § 6 Abs. 2, erfüllt werden.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Ausstattung der Einrichtung in der Praxis zu überprüfen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person

Meldung nichtärztliches Personal Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

- Erstanzeige Präparatebefunder als Anlage zum Antrag
 Änderungsanzeige Präparatebefunder

**Name des
Praxisinhabers:** _____

Hinweis

- Die eingereichten Unterlagen werden digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.

Präparatebefunder

	Name	ZTA	MTL-A	Wochenarbeitszeit
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ