

**Antrag auf Genehmigung:**

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

**oder** Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztausweis)

**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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung** – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arzregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person 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. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

**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-

- Facharztbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“  
oder
- Facharztbezeichnung „Pathologie“

und

- Tätigkeitsnachweis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2

<sup>1</sup> 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**

---

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- in der Vereinbarung aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen wird die KVSH zeitnah informiert (§ 5).
- jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung, insbesondere die Befundungsobergrenze, erfüllt werden (§ 6 Abs. 2).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Ausstattung der Einrichtung in der Einrichtung 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